

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health



3
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@sc.ipv.pt (Revista Millenium)

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

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

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

O presente número da Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health desenvolve um variado conjunto de temas nas áreas da educação e intervenção social, saúde, agrária e gestão.

Assim, na secção educação aborda-se o tema do envelhecimento rápido da sociedade e do crescimento das demências. Apresenta-se a plataforma de treino cognitivo online primerCOG para o desenvolvimento de um conjunto de atividades cognitivas estimulantes para as pessoas idosas.

As competências de comunicação em estudantes de enfermagem dão mote ao primeiro artigo da secção saúde, explorando o contributo de algumas teorias e seus modelos na operacionalização do plano de formação graduada em enfermagem na Irlanda.

A idade avançada constitui-se como um dos fatores de risco da demência, desta forma, analisa-se na secção saúde, o papel do médico de família no diagnóstico e no seguimento desse tipo de doentes. O trabalho, realizado a partir da revisão teórica de artigos originais na área, conclui que os médicos e os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários devem centrar a sua ação na avaliação inicial, no seguimento e orientação posterior do doente e respetivos familiares.

Um outro tema da área da saúde relaciona as doenças cardiovasculares com o género, identificando diferenças entre os géneros, a partir das características físicas e psicossociais que os diferenciam. O estudo apresenta ainda recomendações para os profissionais de saúde.

Na área da saúde, aborda-se também a prevenção de quebras cutâneas no idoso dependente e a aplicação da metodologia de Cuidar Humanidade, na medida em que se utilizem técnicas suaves no cuidar, e aquela ser mais efetiva no tratamento de idosos dependentes. Nesta, reflete-se igualmente sobre as competências dos enfermeiros para a prestação de ações paliativas em contexto hospitalar nas enfermarias de agudos. Encerra-se a área da saúde, analisando a doença de Hansen enquanto patologia infectocontagiosa endémica no Brasil, bem como formas clínicas, classificação operacional e grau de incapacidade dos pacientes.

Na secção agrária, aborda-se a caracterização sensorial e físico-química das compotas de frutos de S. Tomé e Príncipe. Por último, na área da gestão aborda-se a demência como sendo uma síndrome orgânica adquirida, geralmente crónica e caracterizada pela perda progressiva de capacidades cognitivas e funcionais e a consequente importância de respostas de apoio aos cuidadores desenvolvidas, neste caso, pelo Centro de Apoio ao Alzheimer de Viseu que tem tido uma intervenção ao longo do tempo, em diversas vertentes.

Os artigos da presente edição regular consubstanciam a missão da Millenium, e objetivam promover a disseminação dos contributos de investigadores nacionais e estrangeiros, aproximando por essa via a academia da sociedade civil / comunidade técnico-profissional, organizações e cidadão comum.

A Equipa Editorial

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

This issue of Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health develops a diverse set of themes in the areas of education and social intervention, health, agrarian, and management.

Thus, the education section addresses the issue of the rapid aging of society and the growth of dementias. It shows the online cognitive training platform primerCOG to develop a set of stimulating cognitive activities for the elderly.

The communication skills in nursing students introduce the first article of the health section, exploring the contribution of some theories and their frameworks in the operationalization of the plan graduated in nursing in Ireland.

Older age is one of the risk factors for dementia. In this way, the role of the family doctor in the diagnosis and follow-up of this type of patients is analyzed in the health section. The paper, based on the theoretical review of original articles in the field, concludes that physicians and primary health care professionals should focus their action on the initial evaluation, follow-up and subsequent orientation of the patient and his or her family members.

Another issue in the health area relates cardiovascular diseases to gender, identifying differences between genders, based on the physical and psychosocial characteristics that differentiate them. The study also presents recommendations for health professionals.

In the health area, it is also addressed the prevention of skin breakdown in the elderly dependent and the application of the Care Humanity methodology, insofar as gentle techniques are used in care, and that is more effective in the treatment of dependent elderly. In this, it is also reflected on the competencies of nurses to provide palliative actions in a hospital setting in the acute care ward. The health area closes, analyzing Hansen's disease as an infectious contagious disease endemic in Brazil, as well as clinical forms, operational classification and degree of incapacity of the patients.

In the agrarian section, the sensorial and physicochemical characterization of fruit compotes from S. Tomé and Príncipe is discussed. Finally, in the management area, dementia is treated as an acquired organic syndrome, usually chronic and characterized by the progressive loss of cognitive and functional capacities and the consequent importance of support responses to caregivers developed, in this case, by the Support Center to the Alzheimer of Viseu that has had an intervention over time, in several aspects.

The articles of this regular edition embody the mission of Millenium and aim to promote the dissemination of the contributions of national and foreign researchers, bringing the academy of civil society / technical-professional community, organizations and ordinary citizens together.

The Editorial Board

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

Este número de Millenium - Revista de Educación, Tecnologías y Salud desarrolla un conjunto diverso de temas en las áreas de educación e intervención social, salud, agrario y de gestión.

Así, la sección de educación aborda la cuestión del rápido envejecimiento de la sociedad y el crecimiento de las demencias. Muestra la plataforma de formación cognitiva online primerCOG para desarrollar un conjunto de actividades cognitivas estimulantes para los ancianos.

Las habilidades de comunicación en los estudiantes de enfermería introducen el primer artículo de la sección de salud, explorando la contribución de algunas teorías y sus marcos en la operacionalización del plan graduado en enfermería en Irlanda.

La edad avanzada es uno de los factores de riesgo para la demencia. De esta manera, se analiza el papel del médico de familia en el diagnóstico y seguimiento de este tipo de pacientes en la sección de salud. El trabajo, basado en la revisión teórica de artículos originales en el campo, concluye que los médicos y los profesionales de atención primaria de salud deben centrar su acción en la evaluación inicial, el seguimiento y la posterior orientación del paciente y sus familiares.

Otro tema en el área de la salud relaciona las enfermedades cardiovasculares con el género, identificando diferencias entre géneros, en base a las características físicas y psicosociales que las diferencian. El estudio también presenta recomendaciones para profesionales de la salud.

En el área de salud se aborda también la prevención de la descomposición de la piel en los ancianos dependientes y la aplicación de la metodología Care Humanity, en la medida en que se utilizan técnicas suaves en la atención y que es más eficaz en el tratamiento de ancianos dependientes. En esto, también se refleja en las competencias de las enfermeras para realizar acciones paliativas en un hospital en la sala de cuidados agudos. El área sanitaria se cierra, analizando la enfermedad de Hansen como una enfermedad infecciosa contagiosa endémica en Brasil, así como las formas clínicas, la clasificación operativa y el grado de incapacidad de los pacientes.

En la sección agraria se discute la caracterización sensorial y físicoquímica de las compotas de frutas de S. Tomé y Príncipe. Por último, en el área de manejo, la demencia se trata como un síndrome orgánico adquirido, generalmente crónico y caracterizado por la pérdida progresiva de capacidades cognitivas y funcionales y la consiguiente importancia de las respuestas de apoyo a los cuidadores desarrolladas, en este caso, por el Centro de Apoyo al Alzheimer de Viseu que ha tenido una intervención a lo largo del tiempo, en varios aspectos.

Los artículos de esta edición regular encarnan la misión de Millenium y tienen como objetivo promover la difusión de las contribuciones de investigadores nacionales y extranjeros, acercando la academia de la sociedad civil / comunidad técnico-profesional, organizaciones y ciudadanos comunes.

El Equipo Editorial

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

Sumário | Summary | Resumen

EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DA OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES NO DESEMPENHO NA PLATAFORMA DE TREINO COGNITIVO PRIMERCOG	13
THE INFLUENCE OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND LEISURE ACTIVITIES IN THE PERFORMANCE ON COGNITIVE TRAINING PLATFORM PRIMERCOG	13
INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE LAS ACTIVIDADES DE OCIO EN EL DESEMPEÑO EN LA PLATAFORMA DE ENTRENAMIENTO PRIMERCOG	13

CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE

DIFERENÇAS DE GÊNERO NUMA AMOSTRA DE PESSOAS COM DOENÇA CARDIACA	27
GENDER DIFFERENCES IN A SAMPLE OF PEOPLE WITH HEART DISEASE	27
DIFERENCIAS DE GÊNERO EN UNA MUESTRA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	27
ABORDAGEM E SEGUIMENTO DA DEMÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	37
DEMENCIA APPROACH AND FOLLOW-UP IN PRIMARY CARE	37
ENFOQUE Y SEGUIMIENTO DE LA DEMENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	37
PREVENÇÃO DE QUEBRAS CUTÂNEAS NO IDOSO DEPENDENTE: CONTRIBUTO DA METODOLOGIA DE CUIDAR HUMANITUDE	45
PREVENTION OF SKIN TEARS IN THE DEPENDENT OLDER PERSON: CONTRIBUTION OF THE HUMANITUDE CARE METHODOLOGY	45
PREVENCIÓN DE SKIN TEARS EN EL ANCIANO DEPENDIENTE: CONTRIBUCIÓN DE LA METODOLOGÍA CUIDAR HUMANITUDE	45
ESTAMOS PREPARADOS PARA DESENVOLVER AÇÕES PALIATIVAS NUMA ENFERMARIA? REVISÃO DA LITERATURA	53
ARE WE PREPARED TO DEVELOP PALLIATIVE ACTIONS IN A WARD? A LITERATURE REVIEW	53
¿ESTAMOS PREPARADOS PARA DESARROLLAR ACCIONES PALIATIVAS EN UNA ENFERMERÍA? REVISIÓN DE LA LITERATURA	53
DOENÇA DE HANSEN NO BRASIL: MONITORIZAÇÃO DAS INCAPACIDADES	63
HANSEN'S DISEASE IN BRAZIL: MONITORING OF DISABILITIES	63
LA LEPRO EN BRASIL: MONITOREO DE LAS DISCAPACIDADES	63

CIÊNCIAS AGRÁRIAS, ALIMENTARES E VETERINÁRIAS

CARACTERIZAÇÃO FÍSICO-QUÍMICA E SENSORIAL DE DOCES DE FRUTOS DE S. TOMÉ E PRÍNCIPE	77
PHYSICO-CHEMICAL AND SENSORY CHARACTERIZATION OF FRUIT JAMS OF S. TOMÉ AND PRÍNCIPE	77
CARACTERIZACIÓN FÍSICOQUÍMICA Y SENSORIAL DE MERMELADAS DE FRUTAS DE S. TOMÉ Y PRÍNCIPE	77

ENGENHARIAS, TECNOLOGIA, GESTÃO E TURISMO

UM OLHAR SOBRE O CENTRO APOIO ALZHEIMER VISEU	87
A LOOK AT THE ALZHEIMER SUPPORT CENTER VISEU	87
UNA MIRADA AL CENTRO APOYO ALZHEIMER VISEU	87

Autores | Authors | Autores

Agostinho V. Sousa, 77
Ana Celina Pereira, 45
Ana Jorge Lopes, 37
Andreia Sofia Melo, 45
Artur Jorge Pacheco, 27
Cecília Maria Alves, 27
Célia Santos, 27
Cláudia Silva, 13
Diana Salgueiro, 53
Elsa Ramalhosa, 77
Emília Vergueiro, 87
Erica Melissa Fernandes, 45
João Ribeiro, 37
José A. Pereira, 77
José Carlos Teixeira, 13
José Carreira, 87
Lara Cardoso, 53
Liana Alencar, 63
Luana Fernandes, 77
Madalena Cunha, 63
Maria do Céu Fidalgo, 77
Neide Vanessa Freitas, 45
Patrícia Alecrim, 13
Rosa Cândida Melo, 45
Sandra Freitas, 13
Sandrina Rodrigues, 87
Sónia Novais, 53
Teresa Delgado, 77
Vanessa Costa, 13
Vitor Martins, 37



millenium

EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT

EDUCACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL

INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DA OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES NO DESEMPENHO NA PLATAFORMA DE TREINO COGNITIVO PRIMERCOG	13
THE INFLUENCE OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND LEISURE ACTIVITIES IN THE PERFORMANCE ON COGNITIVE TRAINING PLATFORM PRIMERCOG	13
INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE LAS ACTIVIDADES DE OCIO EN EL DESEMPEÑO EN LA PLATAFORMA DE ENTRENAMIENTO PRIMERCOG	13

Millenium, 2(3), 13-23.

INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DA OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES NO DESEMPENHO NA PLATAFORMA DE TREINO COGNITIVO PRIMERCOG

THE INFLUENCE OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND LEISURE ACTIVITIES IN THE PERFORMANCE ON COGNITIVE TRAINING PLATFORM PRIMERCOG

INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE LAS ACTIVIDADES DE OCIO EN EL DESEMPEÑO EN LA PLATAFORMA DE ENTRENAMIENTO PRIMERCOG

José Carlos Teixeira¹

Patrícia Alecrim²

Sandra Freitas³

Cláudia Silva²

Vanessa Costa²

¹MediaPrimer / Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

²MediaPrimer, Coimbra, Portugal

³Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo Comportamental (CINEICC), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

José Carlos Teixeira - teixeira@mediaprimer.pt | Patrícia Alecrim - palecrim@mediaprimer.pt | Sandra Freitas - sandrafreitas0209@gmail.com | Cláudia Silva - csilva@mediaprimer.pt | Vanessa Costa - vanessa.adcosta@gmail.com

Autor Correspondente

José Carlos Teixeira

Rua Sanches da Gama, 160 - Loja, 3030-021 Coimbra, Portugal.

teixeira@mediaprimer.pt

RECEBIDO: 15 de dezembro de 2016

ACEITE: 06 de abril de 2017

RESUMO

Introdução: A sociedade está a envelhecer rapidamente, consequentemente aumentando a prevalência de demências. Os défices cognitivos relacionam-se com inúmeras variáveis, sendo algumas delas apontadas como possíveis protetoras. Segundo a teoria da reserva cognitiva, a prática de atividades estimulantes ao longo da vida pode ter como efeito a diminuição do risco de demência. Neste contexto, a MediaPrimer está a desenvolver a plataforma de treino cognitivo *online* primerCOG, com um conjunto de onze atividades cognitivas estimulantes destinadas a seniores.

Objetivo: Analisar a influência das variáveis escolaridade e idade, e da ocupação dos tempos livres, no desempenho nas atividades do primerCOG.

Métodos: Investigação quantitativa não-experimental de carácter transversal. Amostra de 30 seniores cognitivamente saudáveis.

Resultados: Observaram-se associações positivas entre a escolaridade dos participantes e o nível máximo de desempenho em todas as atividades, verificando-se, por outro lado, uma associação negativa do desempenho na maioria das atividades com a idade dos participantes. Adicionalmente, verificou-se que os participantes que praticavam regularmente atividades de tempo livre cognitivamente estimulantes, tiveram melhores desempenhos nas atividades.

Conclusões: A confirmação das variáveis com influência no desempenho cognitivo em seniores cognitivamente saudáveis é útil para se compreender o desenvolvimento de demências. Futuramente será importante replicar o estudo com novas variáveis, como o número de horas diárias despendidas nas atividades ou o QI pré-mórbido do participante.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Reserva Cognitiva; Défice Cognitivo; Treino Cognitivo

ABSTRACT

Introduction: Society is rapidly aging, and consequently increasing the prevalence of dementia. Cognitive deficits are related to many variables, some of which has been identified as possible protectors. According to cognitive reserve's theory, practicing stimulating activities across life may lead to a decrease in the risk of dementia. In this context, MediaPrimer is developing the *online* platform for cognitive training primerCOG, including eleven cognitive stimulating activities directed at seniors.

Objective: Evaluate the influence of variables age and education, and leisure activities, on maximum level achieved in primerCOG's activities.

Methods: Quantitative non-experimental and transversal design. Sample includes 30 cognitively healthy seniors.

Results: Positive associations were observed between the participants' level of education and the maximum level of performance in all activities. On the other hand, there was a negative association of performance in the majority of activities with the participants' age. Additionally, it was found that participants who regularly practiced cognitively stimulating leisure time activities performed better in activities.

Conclusions: Results confirm that some variables influence cognitive performance in cognitively healthy seniors, which may be useful to understand the development of dementia. In the future, it will be important to replicate the study with new variables, such as the number of hours spent per day in the activities or the participant's pre-morbid IQ.

Keywords: Aging; Cognitive Reserve; Cognitive Impairment; Cognitive Training

RESUMEN

Introducción: La sociedad está envejeciendo rápidamente, aumentando la prevalencia de las demencias. Los déficits cognitivos se relacionan con muchas variables, algunas de las cuales han sido identificados como potenciales protectores. De acuerdo con la teoría de la reserva cognitiva, la práctica de actividades estimulantes durante toda la vida puede reflejar una disminución en el riesgo de demencia. En este contexto, MediaPrimer desarrolló la plataforma online para el entrenamiento cognitivo primerCOG, con un conjunto de once actividades estimulantes cognitivamente para personas mayores.

Objetivo: Analizar la influencia de las variables edad y el nivel de educación, y las actividades de ocio, en el nivel máximo alcanzado en las diversas actividades primerCOG.

Métodos: Investigación cuantitativa no experimental transversal. Muestra de 30 adultos mayores cognitivamente sanos.

Resultados: Se observaron asociaciones positivas entre la escolarización de los participantes y el nivel máximo alcanzado en todas las actividades, y por el contrario, una asociación negativa en la mayoría de las actividades con la edad de los participantes. Adicionalmente, se encontró que los participantes que regularmente practican actividades de ocio cognitivamente estimulantes, tienen un mejor rendimiento en las actividades.

Conclusiones: Los resultados confirman la existencia de variables que influyen en el desempeño cognitivo en ancianos cognitivamente sanos, que pueden ser útiles en la comprensión del desarrollo de la demencia. En el futuro será importante para

replicar el estudio con nuevas variables, como el número de horas diarias dedicadas a actividades de ocio y CI premórbido del participante.

Palabras Clave: Envejecimiento; Reserva Cognitiva; Déficit Cognitivo; Entrenamiento Cognitivo

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, temos vindo a assistir a alterações demográficas substanciais, associadas a processos de reestruturação expressivos, nomeadamente ao nível da natalidade, mortalidade e envelhecimento. A nível mundial, espera-se que o número de pessoas com mais de 60 anos aumente de cerca de 841 milhões, em 2014, para cerca de 2 biliões em 2050 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2014). Estima-se que, em 2020, pela primeira vez na história, o número de pessoas com mais de 60 anos será superior ao número de crianças com menos de 5 anos. Portugal é um dos países da União Europeia com maior índice de envelhecimento. Projeções recentes indicam que esta tendência se manterá, estimando-se que o índice de envelhecimento possa atingir os 307 idosos por cada 100 jovens em 2060, e que a população idosa represente cerca de 35% do total da população portuguesa em 2060 (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

O envelhecimento é um processo multidimensional com elevado nível de subjetividade, dinamismo e variabilidade entre os indivíduos (Dobrzyn-Matusiak, Marcisz, Bak, Kulik, & Marcisz, 2014). Por exemplo, foi reportado que as modificações biológicas e fisiológicas características do envelhecimento poderão acontecer de forma mais lenta nas pessoas que permanecem mental e fisicamente ativas (Michel, 2016).

A recorrência da observação clínica e documentação literária sobre a existência de desfasamentos entre o grau de patologia cerebral e a manifestação clínica observada (Stern, 2007) conduziu à emergência do conceito de Reserva Cognitiva. A exemplo, estudos *postmortem* evidenciaram alterações histológicas compatíveis com a Doença de Alzheimer em fase moderada, em indivíduos sem história clínica de manifestações sintomatológicas correspondentes (Ince, 2001). A reserva cognitiva tem um papel crucial na trajetória de envelhecimento dos indivíduos, estando associada à manutenção do estado cognitivo saudável e à capacidade funcional, e por conseguinte à autonomia e melhor qualidade de vida, por maiores períodos de tempo ao longo da vida. Diversas variáveis têm sido associadas com o aumento da reserva cognitiva dos indivíduos, nomeadamente a escolaridade e a prática de atividades de ocupação dos tempos livres motivadoras e estimulantes (Sobral, Pestana, & Paúl, 2014).

No âmbito do apoio ao Envelhecimento Ativo, a MediaPrimer – Tecnologias e Sistemas de Informação, Lda. com a colaboração do Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra, está a desenvolver a plataforma primerCOG. Esta é uma plataforma de natureza tecnológica com uma base científica sólida, que pretende contribuir para um envelhecimento saudável, e responder a necessidades de estimulação, manutenção, monitorização e reabilitação cognitiva.

O objetivo do presente estudo consiste em analisar a influência de variáveis sociodemográficas e de ocupação dos tempos livres no desempenho das atividades do primerCOG, com recurso a uma amostra de idosos cognitivamente saudáveis.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No processo de envelhecimento ocorrem diversas alterações cognitivas consideradas normais para a idade dos indivíduos. As alterações biopsicossociais, que ocorrem devido ao avançar da idade, associam-se a diversos fatores, tais como a parte genética, o estilo de vida, a educação e o meio envolvente de cada indivíduo, e implicam várias repercussões. Admite-se que, à medida que se avança na velhice, o declínio das capacidades e funções fica substancialmente mais visível e acentuado, agravando-se a vulnerabilidade da pessoa idosa.

A idade tem sido apontada como o principal fator de risco para o desenvolvimento de demência, tal como a Doença de Alzheimer (DA), ou de Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL) (Prince et al., 2013). Considerando-se esta realidade, prevê-se um incremento significativo nas taxas de prevalência de demência nas próximas décadas. Atualmente, estima-se que cerca de 36 milhões de pessoas tenham diagnóstico de Doença de Alzheimer, um número que segundo a OMS deverá duplicar até 2030, e triplicar até 2050 (Michel, 2016), o que leva a que medidas de prevenção do declínio cognitivo sejam consideradas prioritárias no âmbito da saúde pública. Esta situação é comum a Portugal, estimando-se igualmente um aumento considerável da incidência e prevalência de demências, associado ao duplo envelhecimento populacional (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015).

Na população portuguesa estima-se a existência de 160 287 casos de demência em pessoas com mais de 60 anos, podendo existir entre 80 144 e 112 201 doentes de Alzheimer. Dados do IMSH (Intercontinental Marketing Services Health) indicam que apenas 76 250 doentes estão diagnosticados com doença de Alzheimer e a receber tratamento anti-demencial. (Santana et al., 2015).

Tem sido largamente descrito que a prática de atividade cognitiva frequente antes da demência diagnosticada protege e retarda o declínio cognitivo normal da idade. Os desafios intelectuais que a pessoa experiencia ao longo da vida permitem que se acumulem reservas que, no envelhecimento, permitirão o recurso a estratégias alternativas (Sobral & Paúl, 2013).

O conceito de reserva é fundamental e tem sido foco de interesse da investigação, uma vez que é frequentemente associado ao modo como decorre o processo de envelhecimento. Diz respeito à capacidade do cérebro tolerar uma certa quantidade de lesão sem o aparecimento de sintomas, sendo que o incremento desta capacidade pode traduzir-se num atraso da expressão clínica do processo neurodegenerativo (Sobral & Paúl, 2013). Conforme foi já assinalado, é frequente verificar-se um desfasamento entre manifestação clínica de demência, ou até mesmo a ausência de manifestações sintomatológicas, e o grau de patologia cerebral observado em estudos *postmortem*. Este dado indica a presença de fatores possivelmente protetores, como a reserva.

A reserva não é estável ao longo da vida e depende de vários fatores, como os genéticos, o estado físico, o nível socioeconómico, a escolaridade, a ocupação laboral, as atividades de lazer, entre outros (Cosentino & Stern, 2012; Sobral & Paúl, 2013).

O conceito de reserva subdivide-se nos conceitos de reserva cerebral e de reserva cognitiva. O primeiro diz respeito a um aspeto mais passivo da reserva e tem como base as características quantitativas ou morfológicas do indivíduo, como por exemplo, o tamanho do cérebro ou número de neurónios (Cosentino & Stern, 2012). O conceito de reserva cognitiva, por outro lado, associa-se a um modelo ativo de reserva, e está estritamente relacionado com o uso mais eficaz de redes cerebrais alternativas e com a capacidade de adaptar operações ou circuitos alternativos (Sobral & Paúl, 2013), que se estimula frequentemente conforme a atividade do indivíduo ao longo da vida. De entre outras possibilidades, a escolaridade mais elevada e a participação em atividades de ocupação de tempos livres motivadoras e estimulantes, têm sido fortemente associadas a ganhos moderados na reserva cognitiva ao longo do período de vida, com reflexos num envelhecimento, nomeadamente cognitivo, mais bem-sucedido (Sobral & Paúl, 2013).

Nos casos de diagnóstico clínico, quer de Défice Cognitivo Ligeiro, quer de demência em fase inicial a moderada, manter um estilo de vida ativo que inclua a realização de atividades cognitivas e sociais é fundamental para a manutenção da funcionalidade, do bem-estar e da qualidade de vida dos pacientes e indiretamente dos seus cuidadores. Dados os inúmeros benefícios do treino cognitivo torna-se urgente investir em estratégias que apoiem o envelhecimento ativo e que apostem na prevenção de declínio cognitivo, de entre as quais se podem referir as plataformas de treino cognitivo. Para uma potencialização dos resultados possíveis, é importante averiguar variáveis que exerçam influência na utilização de plataformas de treino cognitivo.

A MediaPrimer, com a colaboração do Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra, está a desenvolver a plataforma primerCOG. Esta é uma plataforma de base tecnológica e científica sólida, que visa contribuir para um envelhecimento saudável, através de atividades de estimulação, manutenção, monitorização e reabilitação no âmbito cognitivo. A plataforma é dirigida a dois perfis de utilizadores - o perfil saudável (adultos idosos cognitivamente saudáveis) e o perfil clínico (pacientes com diagnóstico médico de doença neurodegenerativa, por ex. Défice Cognitivo Ligeiro e Doença de Alzheimer). A equipa envolvida no desenvolvimento do primerCOG é constituída por investigadores e profissionais em neurociências, design e engenharia.

O primerCOG disponibiliza um conjunto de atividades direcionadas à saúde ocupacional (Cálculos, Classificar Cartões, Colecionar Botões, Descobrir as Diferenças, Encontrar os Gémeos, Labirintos, Lista de Palavras, Na Mesma Ordem, Slot Machine, Torres e Vi ou Li Antes) que permitem o treino cognitivo da memória, atenção, funções executivas, linguagem e capacidade visuoespacial e exigem a capacidade de executar várias tarefas, tais como cálculo mental, raciocínio abstrato, planeamento e resolução de problemas, entre outras.

Na criação do primerCOG, para além dos cuidados em assegurar que o resultado final fosse fácil de usar, procurou-se garantir que esta plataforma desse resposta às necessidades de todos os potenciais utilizadores. Optou-se por uma metodologia de desenvolvimento centrada no utilizador, pela exploração do conceito "*user experience*" e pela adoção dos princípios do design universal. Consideraram-se as alterações decorrentes do processo natural de envelhecimento, o que se traduziu numa variedade de características que condicionaram a definição das diretrizes de usabilidade a respeitar, interferindo de forma muito evidente em campos como os da interação, navegação, informação, modelo funcional, interface gráfica e criação de conteúdos.

Assim, pode afirmar-se que o primerCOG tem um entendimento claro dos utilizadores a quem se destina, comunica de forma clara e imediata o seu âmbito e os seus objetivos, sendo fácil de usar e bastante apelativo.

Neste momento, a plataforma primerCOG já se encontra validada funcionalmente para adultos idosos com perfil cognitivamente saudável (Teixeira, Costa, Alecrim, Freitas, & Santana, 2015), o que nos permite confirmar a adequação das atividades de treino cognitivo e o design utilizado a este público-alvo.

2. MÉTODOS

Investigação quantitativa não-experimental de carácter transversal.

No presente estudo transversal os dados sociodemográficos e a avaliação cognitiva dos participantes foram recolhidos no momento inicial, seguindo-se um período de intervenção com recurso às atividades da plataforma de treino cognitivo *online* primerCOG.

2.1 Amostra

A amostra é constituída por 30 idosos institucionalizados ou em regime de centro de dia, com idade média de 73.73 anos e escolaridade média de 9.53 anos, sendo 28 dos participantes do género feminino (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas escolaridade e idade

Variáveis	Níveis	N	Média (DP)
Idade	60 – 94 anos		73.73 (9.86)
Escolaridade	1 – 16 anos		9.53 (5.00)
	Ensino Básico (1 - 9 anos)	43.3% (n = 13)	
	Ensino Secundário (10 – 12 anos)	20% (n = 6)	
	Ensino Superior (Licenciatura)	36.7% (n = 11)	
Género	Feminino	93.3% (n = 28)	

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Foram administrados a todos os participantes os seguintes instrumentos por esta ordem fixa: (i) questionário sociodemográfico e inventário de atividades de tempos livres (instrumentos desenvolvidos para este estudo); (ii) *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2015) e (iii) *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Nasreddine et al., 2005; Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011), tendo estes dois últimos instrumentos permitidos assegurar o estado cognitivo saudável dos participantes, de acordo com os dados normativos estabelecidos para a população portuguesa (Freitas et al., 2011, 2015).

2.3 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram: (i) português como língua materna; (ii) idade igual ou superior a 60 anos; (iii) desempenho normal nas provas de rastreio cognitivo, de acordo com os valores normativos para a população portuguesa; (iv) a ausência de história clínica de patologia de foro psiquiátrico ou neurológico; (v) ausência de história de abuso de álcool ou substâncias.

2.4 Procedimentos

Depois de estabelecido o contacto com as instituições de prestação de cuidados à população idosa e identificados os utentes recetivos a participar no projeto, o passo seguinte foi a obtenção do consentimento informado escrito. As condições do ambiente de participação no estudo foram adequadas ao longo das várias sessões, sendo uniformizadas entre todos os participantes.

Apenas foram elegíveis para participação no estudo os utentes com desempenho cognitivo considerado normal para a escolaridade e idade na avaliação realizada previamente à fase de intervenção com o exercício das atividades de treino cognitivo da plataforma até ao NMC (Nível Máximo Conseguido).

A plataforma primerCOG tem um conjunto de atividades que estimulam diversos domínios cognitivos: atenção, funções executivas, memória e capacidade visuoespacial (encontrando-se outras em fase de implementação). Todas as atividades presentes na plataforma têm vários níveis de dificuldade, sendo que no presente estudo o objetivo era que cada participante executasse cada uma delas até ao nível mais alto que conseguisse (NMC).

As sessões de teste das atividades tiveram uma duração média de uma hora e o número médio de sessões foi igual a seis (M = 6.3). O número médio de atividades cognitivas da plataforma primerCOG executadas por sessão foi de duas (M = 2.36).

2.5 Análise de dados

Para a análise de dados foi utilizado o programa estatístico “*Statistical Package for Social Sciences*” (IBM, SPSS Versão 20). Foram realizadas análises estatísticas descritivas para a caracterização da amostra e das sessões. As correlações de Pearson permitiram a análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e o NMC nas atividades de treino cognitivo, e entre a ocupação dos tempos livres e o NMC. Recorreu-se ainda ao modelo de regressão linear (RLM) para o estudo da influência das variáveis escolaridade e idade sobre o NMC.

Para interpretação dos resultados relativos às correlações, recorreu-se às *guidelines* de Cohen (1988), considerando-se valores de .10, .30 e .50 como efeitos pequenos, moderados e elevados, respetivamente. Na análise da magnitude do efeito nas

regressões, foram também usadas as referências de Cohen, e deste modo, foi interpretado o coeficiente de determinação (R^2), considerando-se valores de .02, .13 e .26 como pequenos, médios e elevados, respetivamente.

3 RESULTADOS

Nos testes de rastreio cognitivo administrados aos participantes, para assegurar o estado cognitivo saudável, obteve-se no MMSE: $M= 28.53 \pm 1.2$ e no MoCA: $M= 21.60 \pm 4.92$. Para além de um normal desempenho cognitivo individual nestas provas ter constituído critério de inclusão no estudo, verificamos que as médias das pontuações desta amostra são acima dos valores de referência para a população portuguesa (Freitas et al., 2011; Freitas et al., 2015).

Influência da escolaridade e da idade no NMC em cada atividade

Verificaram-se, de forma geral, correlações positivas e estatisticamente significativas entre o NMC e a escolaridade. Assim, quanto maior a escolaridade, maior o NMC. A escolaridade influenciou de forma estatisticamente significativa o NMC em quase todas as atividades, à exceção da atividade Torres ($r= .279, p= .135$), que se baseia na conhecida tarefa “Tower of Hanoi” (TOH). Em relação à idade, observaram-se correlações negativas entre o NMC e a idade, ou seja, quanto maior a idade do participante, menor o NMC. As correlações negativas e estatisticamente significativas entre o NMC e a idade foram encontradas para quase todas as atividades, à exceção das atividades Labirintos ($r= -.163, p= .389$) e Torres ($r= -.100, p= .600$). Os valores de correlação entre a escolaridade e o NMC, e a idade e o NMC encontram-se na Tabela 2.

Na tabela 3, apresentam-se os valores da análise da RLM relativos às diferentes atividades e à escolaridade e idade.

Tabela 2 - Correlações de Pearson entre a escolaridade e o NMC e entre a idade e o NMC para as onze atividades de treino cognitivo testadas

	Escolaridade	Idade
NMC Cálculos	$r = .819; p = .000^{**}$	$r = -.754; p = .000^{**}$
NMC Classificar Cartões	$r = .668; p = .000^{**}$	$r = -.435; p = .018^*$
NMC Colecionar Botões	$r = .641; p = .000^{**}$	$r = -.476; p = .008^{**}$
NMC Descobrir as Diferenças	$r = .436; p = .018^*$	$r = -.388; p = .038^*$
NMC Encontrar os Gémeos	$r = .538; p = .002^{**}$	$r = -.556; p = .001^{**}$
NMC Labirintos	$r = .578; p = .001^{**}$	$r = -.163; p = .389$
NMC Lista de Palavras	$r = .561; p = .001^{**}$	$r = -.489; p = .006^{**}$
NMC Na Mesma Ordem	$r = .499; p = .005^{**}$	$r = -.474; p = .008^{**}$
NMC Slot Machine	$r = .689; p = .000^{**}$	$r = -.467; p = .009^{**}$
NMC Torres	$r = .279; p = .135$	$r = -.100; p = .600$
NMC Vi ou Li Antes	$r = .415; p = .023^*$	$r = -.483; p = .007^{**}$

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabela 3 - Regressão linear para análise da influência da escolaridade e da idade no NMC em cada atividade de treino cognitivo

	B	SE B	β	sig
NMC Cálculos				
$R^2 = .733; F(2, 27) = 40.878, p = .000$				
Idade	-.056	.019	-.378	.006
Escolaridade	.465	.104	.569	.000
NMC Classificar Cartões				
$R^2 = .458; F(2, 26) = 10.977, p = .000$				
Idade	.018	.025	.163	.467
Escolaridade	.479	.134	.791	.001

	B	SE B	β	sig
NMC Colecionar Botões				
$R^2 = .416$; $F(2, 26) = 9.613$, $p = .001$				
Idade	-.013	.027	-.092	.642
Escolaridade	.439	.148	.580	.006
NMC Descobrir as Diferenças				
$R^2 = .208$; $F(2, 26) = 3.417$, $p = .048$				
Idade	-.013	.017	-.178	.449
Escolaridade	.128	.093	.319	.180
NMC Encontrar os Gémeos				
$R^2 = .361$; $F(2, 27) = 7.630$, $p = .002$				
Idade	-.063	.036	-.356	.094
Escolaridade	.292	.197	.303	.150
NMC Labirintos				
$R^2 = .420$; $F(2, 27) = 9.765$, $p = .001$				
Idade	.075	.038	.389	.057
Escolaridade	.887	.207	.835	.000
NMC Lista de palavras				
$R^2 = .339$; $F(2, 27) = 6.932$, $p = .004$				
Idade	-.027	.027	-.210	.322
Escolaridade	.300	.148	.422	.053
NMC Na mesma ordem				
$R^2 = .286$; $F(2, 27) = 5.396$, $p = .011$				
Idade	-.020	.017	-.256	.248
Escolaridade	.142	.093	.330	.140
NMC Slot Machine				
$R^2 = .475$; $F(2, 27) = 12.229$, $p = .000$				
Idade	-.003	.023	-.021	.912
Escolaridade	.453	.124	.676	.001
NMC Torres				
$R^2 = .091$; $F(2, 27) = 1.346$, $p = .277$				
Idade	.010	.016	.150	.544
Escolaridade	.137	.088	.378	.133
NMC Vi ou Li Antes				
$R^2 = .250$; $F(2, 27) = 4.492$, $p = .021$				
Idade	-.025	.015	-.371	.107
Escolaridade	.062	.081	.170	.451

Influência da ocupação dos tempos livres no desempenho das atividades da plataforma primerCOG

86.7% dos participantes referem hábitos de leitura, 93.3% de televisão, 56.7% de cinema e 43.3% de internet, pelo menos uma vez por semana.

Encontraram-se correlações positivas, mas não significativas entre os hábitos de leitura e cinema e o NMC em todas as atividades. A correlação entre a utilização de internet e o NMC foi positiva e estatisticamente significativa para todas as atividades. Quanto à variável “ver televisão”, a associação foi negativa em algumas atividades e com significado estatístico nas atividades “Na Mesma Ordem” ($r = -.433, p = .017$), “Slot Machine” ($r = -.518, p = .003$) e “Vi ou Li Antes” ($r = -.480, p = .007$). Os valores do r de Pearson encontram-se apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Correlações de Pearson entre a ocupação dos tempos livres e o NMC nas atividades de treino cognitivo da plataforma

	<i>Leitura</i>	<i>Televisão</i>	<i>Cinema</i>	<i>Internet</i>
NMC Cálculos	$r = .149; p = .432$	$r = -.222; p = .239$	$r = .090; p = .635$	$r = .632; p = .000^{**}$
NMC Classificar Cartões	$r = .190; p = .324$	$r = -.315; p = .096$	$r = .092; p = .634$	$r = .785; p = .000^{**}$
NMC Colecionar Botões	$r = .093; p = .626$	$r = .013; p = .944$	$r = .130; p = .494$	$r = .709; p = .000^{**}$
NMC Descobrir as Diferenças	$r = .230; p = .230$	$r = -.222; p = .248$	$r = .191; p = .321$	$r = .490; p = .007^{**}$
NMC Encontrar os Gémeos	$r = .169; p = .373$	$r = .037; p = .848$	$r = -.025; p = .894$	$r = .511; p = .004^{**}$
NMC Labirintos	$r = .174; p = .358$	$r = -.166; p = .381$	$r = .147; p = .438$	$r = .435; p = .016^*$
NMC Lista de Palavras	$r = .234; p = .214$	$r = -.212; p = .260$	$r = .330; p = .075$	$r = .615; p = .000^{**}$
NMC Na Mesma Ordem	$r = .137; p = .469$	$r = -.433; p = .017^*$	$r = .135; p = .476$	$r = .710; p = .000^{**}$
NMC Slot Machine	$r = .231; p = .219$	$r = -.518; p = .003^{**}$	$r = .240; p = .202$	$r = .674; p = .000^{**}$
NMC Torres	$r = .031; p = .872$	$r = -.292; p = .117$	$r = .019; p = .923$	$r = .431; p = .017^*$
NMC Vi ou Li Antes	$r = .201; p = .286$	$r = -.480; p = .007^{**}$	$r = .061; p = .749$	$r = .483; p = .007^{**}$

* $p < .05$. ** $p < .01$

4 DISCUSSÃO

Após validação funcional da plataforma primerCOG (Teixeira et al., 2015), em que se analisou a adequação e viabilidade da utilização das atividades de treino cognitivo junto de idosos, neste trabalho investiga-se a influência das variáveis sociodemográficas e dos hábitos de lazer no desempenho dos participantes nas atividades de treino cognitivo na plataforma primerCOG.

Os resultados obtidos apontam para uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade dos participantes e o desempenho cognitivo na maioria das atividades da plataforma, esperando-se NMC mais elevados nos participantes com maior escolaridade, apenas com a exceção da atividade Torres que, apesar de positiva, não apresenta valores significativos. De um modo geral, as RLM permitiram também confirmar estes resultados, ao apresentar valores moderados a elevados de variância explicada dos resultados, e salientando a influência estatisticamente significativa da escolaridade no desempenho dos participantes em parte das atividades, exceptuando-se a atividade Torres. Num estudo anterior, que procurou perceber a influência de variáveis sociodemográficas no desempenho de adultos numa tarefa de TOH, os resultados indicaram igualmente que, de entre várias variáveis estudadas, a escolaridade foi a única que não exerceu qualquer influência no desempenho (Rönnlund, Lövdén, & Nilsson, 2001). O potencial efeito protetor da escolaridade nos processos neurodegenerativos, nomeadamente na Doença de Alzheimer, tem sido amplamente investigado. Alguns estudos evidenciam uma tendência de menor acentuação do declínio cognitivo em indivíduos mais escolarizados (Amieva et al., 2014). Esta tendência pode ser explicada com base no nível de inteligência pré-mórbida e de reserva cognitiva, que são altamente influenciados pelo nível de escolaridade, e que atuam de forma compensatória ao facilitarem o recurso a redes alternativas depois das lesões do cérebro associadas a estados demenciais (Amieva et al., 2014). O conceito de inteligência pré-mórbida tem tido um lugar de destaque na investigação recente, estimando-se essencial na avaliação do desempenho atual dos indivíduos e como uma importante base na avaliação neuropsicológica (Alves, Freitas, Martins, Santana, & Simões, 2013). Uma estimativa fiel da inteligência pré-mórbida é importante para se avaliar a existência, natureza e grau de potenciais declínios cognitivos (Alves, Martins, & Simões, 2010).

Em relação à idade dos participantes, verificaram-se correlações negativas e estatisticamente significativas entre a idade e o NMC nas atividades da plataforma, sendo portanto expectável que os participantes mais idosos consigam um NMC médio

inferior ao dos participantes mais jovens, com a exceção também para a atividade Torres e adicionalmente para a atividade Labirintos. No que diz respeito aos resultados das RLM, verifica-se que a idade, por si só, não influencia de forma significativa o desempenho em nenhuma das atividades, à exceção da atividade Cálculos, cuja *performance* decresce significativamente à medida que aumenta a idade dos participantes. Estes resultados, nomeadamente a ausência de significância estatística da influência da idade no desempenho noutras actividades deve ser interpretada com cautela, dada a limitação do presente estudo em termos do reduzido tamanho da amostra que não permite ter suficiente representatividade de todas as faixas etárias. Ainda assim, é possível verificar-se uma associação negativa entre a idade e o desempenho nas provas cognitivas, o que é um resultado consensual na literatura, que indica que à medida que se envelhece, aumentam as dificuldades ao nível cognitivo. Por exemplo, no estudo acima referido de Rönnlund e colegas (2001), ainda que apenas relacionado com o desempenho na atividade Torres, confirmou-se também uma relação negativa entre o aumento da idade e o desempenho na execução da atividade.

O presente estudo aponta resultados congruentes com a literatura ao evidenciar uma maior influência da escolaridade no desempenho cognitivo, comparativamente à influência devida à idade dos indivíduos (Passos et al., 2015). No entanto, dada a elevada associação destas duas variáveis e conseqüentemente a eventual presença de efeitos de multicolinearidade, conclusões mais robustas carecem de estudos em que seja possível a análise independente destas variáveis ou estudos que investiguem efeitos de modelação destas variáveis no desempenho cognitivo.

Os hábitos de ocupação dos tempos livres têm sido frequentemente associados a diferenças ao nível do desempenho cognitivo e do desenvolvimento de demências (Wang et al., 2013). A literatura tem descrito que a prática de atividades estimulantes se associa a um padrão distinto de desenvolvimento de demência, notando-se por vezes um efeito protetor. Hughes e colegas (2010) conduziram uma investigação que descreveu que praticar atividades cognitivamente estimulantes se associou a uma redução do risco de desenvolvimento de Alzheimer, de entre as quais ficou reforçado o papel importante da leitura. Os participantes que indicaram ocupar o tempo com leitura e cinema tiveram consistentemente melhores resultados no nível de desempenho, apesar de não significativamente.

A ocupação do tempo a navegar na internet associou-se de forma significativa a todas as atividades do primerCOG, contribuindo significativamente para um melhor desempenho. Cada vez mais, entende-se que a literacia digital é importante e pode ajudar a mitigar o risco de declínio cognitivo, independentemente da idade e do estatuto socioeconómico dos sujeitos (Xavier et al., 2014), podendo este achado explicar o resultado dos participantes do presente estudo. Também a familiaridade com os dispositivos tecnológicos pode contribuir para os resultados mais positivos na execução das atividades conseguido por estes participantes.

A visualização de televisão associou-se negativamente com o nível de desempenho dos participantes, sendo que nas atividades Na Mesma Ordem, Slot Machine e Vi ou Li Antes, os resultados chegaram a ser significativos. Hoang e colegas (2015) avaliaram um grupo de sujeitos ao longo de 25 anos e estudaram os seus padrões associados a hábitos de prática de exercício físico ou de ver televisão, concluindo que os indivíduos que passavam um período de tempo elevado a ver televisão (> 3 horas/dia) apresentaram um desempenho inferior na concretização de atividades cognitivas. Este resultado pode não ser inesperado, se considerarmos que ver televisão é por norma associado ao sedentarismo, que aumenta o risco de comprometimento cognitivo.

Os achados relativos à participação em atividades como a leitura, cinema ou navegar na internet, a par dos resultados obtidos em relação à escolaridade, apontam para possíveis relações com o conceito de reserva cognitiva, uma vez que os indivíduos mais estimulados apresentaram efetivamente melhores resultados na execução das atividades. Este é um resultado importante pois, tal como o conceito de reserva preconiza, e conforme já foi descrito, indivíduos com maior escolaridade ou com prática de atividades ocupacionais e de lazer estimulantes, têm um menor risco de desenvolver demência (Sobral & Paúl, 2013).

O conjunto dos resultados aqui descritos indicam-nos que existem efetivamente variáveis que influenciam o desempenho dos indivíduos em provas de treino cognitivo. Conhecer aprofundadamente estas variáveis e a forma como se comportam, pode ser um passo importante para que se atue de forma mais preventiva, ao promover comportamentos mais saudáveis ou alterar hábitos que possam ser prejudiciais. Por outro lado, fomentar a investigação neste âmbito permitirá ainda adaptar as atividades de treino cognitivo conforme determinadas características que se considerem importantes (e.g., o número de anos de escolaridade do sujeito), o que potencializará ao máximo os possíveis resultados esperados.

CONCLUSÃO

O objetivo do presente trabalho consistiu em averiguar a possível influência de variáveis sociodemográficas – escolaridade e idade – e de hábitos de ocupação dos tempos livres, no nível de desempenho conseguido por seniores cognitivamente saudáveis na execução das atividades da plataforma de treino cognitivo *online* primerCOG.

Os resultados obtidos apontam que os sujeitos que apresentem uma escolaridade superior tendem a ter um desempenho cognitivo mais bem-sucedido. Por outro lado, indicam que o aumento da idade se associa a resultados decrescentes de desempenho, ainda que esta associação seja menor do que a exercida pela escolaridade. Os resultados obtidos vão ao encontro do que tem sido descrito na literatura, sendo o desempenho cognitivo menos influenciado pela idade do que pela escolaridade.

No que concerne à ocupação dos tempos livres, os resultados parecem indicar que a participação em atividades estimulantes como a leitura, os hábitos de cinema e a utilização da internet, está associada a níveis de desempenho superiores nas atividades da plataforma. Por outro lado, os idosos que limitam a ocupação do seu tempo livre a ver televisão, apresentam resultados inferiores.

O presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a amostra reduzida e o facto de, através dos instrumentos utilizados, não ser possível concluir o período de tempo concreto efetivamente despendido com as atividades de ocupação de tempos livres, o que pode ser um fator pertinente em estudos como este.

Este tema é de grande importância e futuramente deverá manter-se o interesse em perceber que variáveis podem estar associadas a diferentes níveis de desempenho em atividades de treino cognitivo, uma vez que estes resultados podem refletir a capacidade ou comprometimento dos indivíduos ao nível cognitivo. Para além de replicar o presente estudo com uma amostra maior, pode ser pertinente adicionar o estudo de outras variáveis, como por exemplo, o nível de QI dos participantes, que pode relacionar-se ou sobrepor-se a efeitos de escolaridade. É também importante averiguar o período de tempo passado com as atividades de lazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, L., Freitas, S., Martins, C., Santana, I., & Simões, M. R. (2013). O TeLPI e o seu Papel na Identificação do Declínio Cognitivo. *Revista Eletrónica De Psicologia, Educação E Saúde*, 1, 25–47.
- Alves, L., Martins, C., & Simões, M. R. (2010). Avaliação da Inteligência Pré-Mórbida: Desenvolvimento da versão experimental do teste de Leitura de Palavras Irregulares (TeLPI) para a população portuguesa. *Psychologica*, 53, 299–312.
- Amieva, H., Mokri, H., Le Goff, M., Meillon, C., Jacqmin-Gadda, H., Foubert-Samier, A., ... Dartigues, J. F. (2014). Compensatory mechanisms in higher-educated subjects with Alzheimer's disease: A study of 20 years of cognitive decline. *Brain*, 137, 1167–1175. <http://doi.org/10.1093/brain/awu035>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cosentino, S., & Stern, Y. (2012). Consideration of cognitive reserve. In *Handbook on the Neuropsychology of Aging and Dementia* (pp. 11–23). New York: Springer. http://doi.org/10.1007/978-1-4614-3106-0_2
- Dobrzyn-Matusiak, D., Marcisz, C., Bak, E., Kulik, H., & Marcisz, E. (2014). Physical and mental health aspects of elderly in social care in Poland. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1793–1802. <http://doi.org/10.2147/CIA.S69741>
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989–996. <http://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). The relevance of sociodemographic and health variables on MMSE normative data. *Applied Neuropsychology: Adults*, 22(4), 311–319. <http://doi.org/10.1080/23279095.2014.926455>
- Hoang, T., Reis, J., Zhu, N., Jacobs, D., Launer, L., Whitmer, R., ... Yaffe, K. (2015). Effect of Early Adult Patterns of Physical Activity and Television Viewing on Midlife Cognitive Function. *JAMA Psychiatry*, 73(1), 1–8. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2468>
- Hughes, T., Chang, C.-C., Bilt, J. Vander, & Ganguli, M. (2010). Engagement in reading and hobbies and risk of incident dementia: The MoVIES Project. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25(5), 432–438. <http://doi.org/10.1177/1533317510368399>
- Ince, P. G. (2001). Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre community based population in England and Wales. *Lancet*, 357, 169–175.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014, Julho 11). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. Retrieved from Instituto Nacional de Estatística Web site: https://www.ine.pt/xportal/xmain?PORTLET_ID=JSP&xpgid=ine_destaques&x=0&y=0&xpid=INE&PORTLET_NAME=ine_cont_header_dest&PORTLET_UID=%23JSP%3Aine_cont_header_dest%23&DESTAQUESdata_inicial=&DESTAQUESdata_final=&x=0&y=0&DESTAQUESfreeText=envelhecimento
- Michel, J.-P. (2016). Is It Possible to Delay or Prevent Age-Related Cognitive Decline? *Korean Journal of Family Medicine*, 37(5), 263–266. <http://doi.org/10.4082/kjfm.2016.37.5.263>

- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Passos, V. M., Giatti, L., Bensenor, I., Tiemeier, H., Ikram, M. A., Figueiredo, R. C., ... Barreto, S. M. (2015). Education plays a greater role than age in cognitive test performance among participants of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Neurology*, 15(1). <http://doi.org/10.1186/s12883-015-0454-6>
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's and Dementia*, 9(1), 63–75. <http://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>
- Rönnlund, M., Lövdén, M., & Nilsson, L. (2001). Adult Age Differences in Tower of Hanoi Performance: Influence From Demographic and Cognitive Variables. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 8(4), 269–283. <http://doi.org/10.1076/anec.8.4.269.5641>
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Med Port*, 28(2), 182–188.
- Sobral, M., & Paúl, C. (2013). Reserva Cognitiva e Doença de Alzheimer. *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação E Intervenção Em Gerontologia Social*, 1(1), 1–9. Retrieved from <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/37>
- Sobral, M., Pestana, M. H., & Paúl, C. (2014). A importância da quantificação da reserva cognitiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12, 51–58.
- Stern, Y. (2007). *Cognitive Reserve: Theory and Applications*. New York: Psychology Press.
- Teixeira, J. C., Costa, V., Alecrim, P., Freitas, S., & Santana, I. (2015). Análise exploratória da utilização da plataforma de treino cognitivo online primerCOG por um grupo de seniores cognitivamente saudáveis. *Psicologia, Educação e Cultura*, 19(1), 44-64.
- Wang, H. X., Jin, Y., Hendrie, H. C., Liang, C., Yang, L., Cheng, Y., ... Gao, S. (2013). Late life leisure activities and risk of cognitive decline. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 68(2), 205–213. <http://doi.org/10.1093/gerona/gls153>
- Xavier, A. J., D'orsi, E., Oliveira, C. M., Orrell, M., Demakakos, P., Biddulph, J. P., & Marmot, M. G. (2014). English longitudinal study of aging: Can internet/e-mail use reduce cognitive decline? *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 69(9), 1117–1121. <http://doi.org/10.1093/gerona/glu105>



millenium

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

DIFERENÇAS DE GÊNERO NUMA AMOSTRA DE PESSOAS COM DOENÇA CARDIACA	27
GENDER DIFFERENCES IN A SAMPLE OF PEOPLE WITH HEART DISEASE	27
DIFERENCIAS DE GÊNERO EN UNA MUESTRA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	27
ABORDAGEM E SEGUIMENTO DA DEMÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	37
DEMENCIA APPROACH AND FOLLOW-UP IN PRIMARY CARE	37
ENFOQUE Y SEGUIMIENTO DE LA DEMENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	37
PREVENÇÃO DE QUEBRAS CUTÂNEAS NO IDOSO DEPENDENTE: CONTRIBUTO DA METODOLOGIA DE CUIDAR HUMANITUDE	45
PREVENTION OF SKIN TEARS IN THE DEPENDENT OLDER PERSON: CONTRIBUTION OF THE HUMANITUDE CARE METHODOLOGY	45
PREVENCIÓN DE SKIN TEARS EN EL ANCIANO DEPENDIENTE: CONTRIBUCIÓN DE LA METODOLOGÍA CUIDAR HUMANITUDE	45
ESTAMOS PREPARADOS PARA DESENVOLVER AÇÕES PALIATIVAS NUMA ENFERMARIA? REVISÃO DA LITERATURA	53
ARE WE PREPARED TO DEVELOP PALLIATIVE ACTIONS IN A WARD? A LITERATURE REVIEW	53
¿ESTAMOS PREPARADOS PARA DESARROLLAR ACCIONES PALIATIVAS EN UNA ENFERMERÍA? REVISIÓN DE LA LITERATURA	53
DOENÇA DE HANSEN NO BRASIL: MONITORIZAÇÃO DAS INCAPACIDADES	63
HANSEN'S DISEASE IN BRAZIL: MONITORING OF DISABILITIES	63
LA LEPRO EN BRASIL: MONITOREO DE LAS DISCAPACIDADES	63

Millenium, 2(3), 27-35.

DIFERENÇAS DE GÉNERO NUMA AMOSTRA DE PESSOAS COM DOENÇA CARDIACA
GENDER DIFFERENCES IN A SAMPLE OF PEOPLE WITH HEART DISEASE
DIFERENCIAS DE GÉNERO EN UNA MUESTRA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

Artur Jorge Pacheco¹

Cecília Maria Alves²

Célia Santos³

¹*Hospital da Senhora da Oliveira, UCI Cardiologia, Guimarães, Portugal*

²*Centro Hospitalar São João, Centro de Epidemiologia Hospitalar, Porto, Portugal*

³*Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Porto, Portugal*

Artur Jorge Pacheco - rutpacheco@gmail.com | Cecília Maria Alves - cecilia.m.alves@gmail.com | Célia Santos - celiasantos@esenf.pt

Autor Correspondente

Artur Jorge Câmara Pacheco

R Manuel da Cunha Moreira, 151, 5º Frente, Oliveira do Douro,

4430-702 Vila Nova de Gaia, Portugal

rutpacheco@gmail.com

RECEBIDO: 25 de fevereiro de 2017

ACEITE: 06 de abril de 2017

RESUMO

Introdução: Não sendo as doenças cardiovasculares exclusivas do homem nem da mulher, importa conhecer que diferenças existem entre os géneros, uma vez que é um facto que as características físicas e psicossociais que os distinguem, podem influenciar os vários domínios da sua saúde, nomeadamente a saúde cardiovascular.

Objetivos: Identificar diferenças de género numa amostra de pessoas com doença cardíaca.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal, que utiliza a análise descritiva e multivariada de dados com recurso à regressão logística n=160.

Resultados: Os dados indicaram que comparativamente com os homens, as mulheres são mais ansiosas ($OR = 2.78$; $p = 0.018$), têm baixo controlo percebido ($OR = 3.06$; $p = 0.008$), não fumam ($OR = 4.41$; $p = 0.028$) e não ingerem bebidas alcoólicas ($OR = 5.67$; $p = 0.000$).

Conclusões: Os enfermeiros devem consciencializar-se de que as diferenças de género entre o homem e a mulher os fazem diferir no seu risco cardiovascular. Por tal, devem estar sensibilizados para a necessidade de identificar os fatores que o podem influenciar e definir e implementar intervenções capazes de reduzir esse risco para cada género.

Palavras-chave: Género e Saúde; Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are not unique to either men or women, so that it is important to know what differences exist between the sexes, since it is a fact that the physical and psychosocial problems that distinguish them can influence the various areas of their health, particularly cardiovascular health.

Objectives: To identify gender differences in a sample of people with heart disease n=160.

Methods: A quantitative, cross-sectional study with descriptive and multivariate data analysis using logistic regression.

Results: The data indicated that women are more anxious ($OR = 2.78$; $p = 0.018$), have low perceived control ($OR = 3.06$; $p = 0.008$), do not smoke ($OR = 4.41$; $p = 0.028$) and do not drink alcoholic beverages ($OR = 5.67$; $p = 0.000$).

Conclusions: Nurses should be aware that gender differences between men and women make mean they differ in terms of cardiovascular risk. For this reason, they should be aware of the need to identify the factors that can influence the risk and define and implement interventions that reduce this risk for each gender.

Keywords: Gender and Health; Cardiovascular diseases; Risk Factors

RESUMEN

Introducción: No siendo las enfermedades cardiovasculares exclusivo del hombre o de la mujer, es importante saber cuáles son las diferencias que existen entre los sexos, ya que es un hecho que los problemas físicos y psicossociales que les distinguen, pueden influir en los diversos ámbitos de la salud, especialmente la salud cardiovascular.

Objetivos: Identificar las diferencias de género en una muestra de personas con enfermedades del corazón n=160.

Métodos: Estudio cuantitativo, transversal, que utiliza el análisis descriptivo y multivariante de datos con la función de regresión logística.

Resultados: Los datos indican que, en comparación con los hombres, las mujeres son más ansiosas ($OR = 2.78$; $p = 0.018$), tienen bajo control percibido ($OR = 3.06$; $p = 0.008$), no fume ($OR = 4.41$; $p = 0.028$) y no ingerir bebidas alcohólicas ($OR = 5.67$; $p = 0.000$).

Conclusiones: Las enfermeras deben ser conscientes de que las diferencias de género entre hombres y mujeres hacen diferir en su riesgo cardiovascular. Por esto, deben ser conscientes de la necesidad de identificar los factores que pueden influir y definir e implementar intervenciones que pueden reducir el riesgo de cada género.

Palabras Clave: Género y Salud; Enfermedades Cardiovasculares; Factores de Riesgo

INTRODUÇÃO

Apesar de vulgarmente os conceitos de género e sexo serem entendidos como análogos, por serem conceitos relacionados entre si, na verdade estes são diferentes. Falar de diferenças de sexo e de género, em termos conceituais, é falar de características definidoras diferentes. Mas enquanto o conceito sexo se refere a características biológicas/genéticas, o conceito género agrega para além destas, outras características, nomeadamente como comportamentos, expectativas e os papéis assumidos socialmente, influenciando o modo como cada um se percebe a si e aos outros. Deste modo, constata-se que o

género é um conceito mais amplo e complexo, envolvendo não apenas as questões biológicas/genéticas, mas também as diferenças psicossociais entre o homem e a mulher.

A importância de compreender como é que as características específicas dos géneros influenciam a saúde de cada indivíduo, nomeadamente no que respeita à identificação de fatores de risco para a doença cardiovascular (DCV), torna-se relevante na prevenção destas doenças, principalmente quando existem disparidades entre si (Shah, Palaskas, & Ahmed, 2016).

O presente estudo tem como objetivo, identificar diferenças de género numa população de indivíduos com doença cardíaca, a partir de uma análise de dados colhidos por Pacheco em 2011.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de mortalidade no mundo, morrendo atualmente mais pessoas com uma doença deste tipo do que com qualquer outra. Estatisticamente, estima-se que 17,5 milhões de pessoas morreram de DCV em 2012, representando 31% de todas as mortes a nível global. Desta, estima-se que 7,4 milhões são atribuídas à doença coronária (DC) e 6,7 milhões ao acidente vascular cerebral (AVC). De entre a totalidade de mortes por DCV a nível mundial, cerca de 75% ocorreram nos países de baixo ou médio rendimento (OMS, 2016).

A DCV, maior e principal causa de morte e também maior causa de morbilidade é, de acordo com o relatório do *the Global Burden of Disease* em 2004, responsável por 32% das mortes na mulher e por 27% no homem (Vaccarino *et al.*, 2011).

Na Europa anualmente, de acordo com a *European Society of Cardiology* (ESC), a DCV representa 45% (mais de 4 milhões) de todas as mortes. Em termos de género representa 49% de todas as mortes em mulheres (2,2 milhões) e 40% de todas as mortes em homens (1,8 milhões). Destaca-se ainda que, na Europa, a forma mais comum de mortalidade por DCV é a DC (20%), seguida da doença cerebrovascular (11%). Todavia, as diferenças de género não se evidenciam a partir da mortalidade causada por DC (uma vez que a percentagem que afeta homens e mulheres é semelhante (19% vs 20%), mas sim a partir da mortalidade causada pela doença cerebrovascular e outras doenças cardiovasculares, as quais têm maiores prevalências nas mulheres, com percentagens de 14% e 15%, respetivamente, para 9% e 12%, por parte dos homens (Townsend *et al.*, 2016).

Um estudo realizado por Pereira *et al.* (2013) revela que, apesar das taxas de mortalidade por DC serem diferentes entre diversos países, desde os anos 80 tem-se verificado um declínio nesta taxa, principalmente na percentagem de mulheres que morre com esta doença, acentuando-se esta tendência a partir dos anos 90.

Em Portugal, apesar da DC ser atualmente a segunda causa mais comum de morte, nas últimas décadas tem vindo a constatar-se uma alteração na distribuição de diferentes fatores de risco, verificando-se a partir dos anos 70 um declínio das taxas de hipertensão arterial (HTA), diminuição do tabagismo no homem e aumento na mulher, e ainda o aumento da obesidade entre as idades mais jovens. A par destes factos, também a melhoria na gestão da DC, devido principalmente à maior disponibilidade de tratamentos e ao aparecimento e desenvolvimento da cardiologia de intervenção, tem vindo a favorecer a diminuição da mortalidade por esta doença (Pereira *et al.*, 2013).

Vários estudos têm demonstrado que a mulher tem sido alvo, de modo subotimizado, de cuidados preventivos em relação à DCV, o que pode contribuir para piores resultados em saúde quando comparada com o homem. Na base dessa evidência, poderá estar o facto da maior parte dos estudos, a partir dos quais emergem as *guidelines* para a prevenção e tratamento da DCV, integrarem um número de homens superior ao de mulheres, pelo que não considerando as especificidades de género pode incorrer-se numa prevenção em tempo e modo desajustada para o género feminino. Verifica-se ainda que, apesar de atualmente a inclusão de um maior número de mulheres em estudos randomizados ser uma realidade crescente, a sua percentagem é ainda baixa quando comparada com a percentagem de homens, pelo que continua a existir uma tendência para extrapolar para o género feminino, conclusões retiradas de amostras maioritariamente masculinas (Hamill & Ingram, 2015; Shah, Palaskas, & Ahmed, 2016).

Algumas organizações científicas mundiais têm feito um esforço em olhar o homem e a mulher de forma diferente, defendendo cuidados particulares para cada um dos géneros, dado que ambos possuem características do âmbito fisiológico, clínico e psicossocial com impacto diferenciado na saúde de cada um. Tendo em consideração tais factos, a *American Heart Association* (AHA), tem vindo desde 2004 a emanar recomendações específicas relativamente à saúde cardiovascular da mulher (Mosca *et al.*, 2011; McSweeney *et al.*, 2016).

Por fim, importa destacar que a maioria das DCV podem ser prevenidas, através de uma gestão e abordagem efetiva dos fatores de risco comportamentais, destacando-se o tabagismo, a alimentação, a obesidade, a atividade física e a ingestão alcoólica. Por tal, torna-se premente a identificação precoce das pessoas com DCV ou com alto risco cardiovascular (presença de um ou mais fatores como HTA, diabetes, dislipidémia ou com DCV diagnosticada), bem como a sua

sinalização para uma adequada gestão da saúde através do uso de aconselhamento e terapêutica apropriada (OMS, 2016).

2. MÉTODOS

Estudo quantitativo e transversal, realizado em três hospitais do norte de Portugal. Foi realizada uma comparação entre géneros a partir de uma amostra de indivíduos com doença cardíaca, internados em serviços de cardiologia (enfermaria e unidade de cuidados intensivos).

2.1 Amostra

A técnica de seleção da amostra foi não probabilística e intencional. Foi constituída por 104 homens (65%) e 56 mulheres (35%), num total de 160 indivíduos com doença cardíaca. Com uma média de idades de 62 anos, com um nível de escolaridade de 5 anos, 81.3% da amostra era casada, 70% não trabalhava e 50% já tinha problemas cardíacos anteriormente. O principal diagnóstico de internamento foi, para 58.8% da amostra, o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), para 16.9% a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e para 13.8% a Angina Instável (AI). Os tratamentos mais realizados foram: o tratamento médico (41.3%), seguido da angioplastia (40.6%) Relativamente aos fatores de risco identificados, emergiram a partir da recolha de dados: a dislipidémia (75%), a HTA (69.5%), a diabetes (34.4%) e o tabagismo (21.3%), com cerca de 20 cigarros/dia, a falta de exercício físico (55%), a ingestão de bebidas alcoólicas (44.4%) e a falta de cuidados com a alimentação (41.9%).

Quanto às variáveis psicossociais, verificou-se que 33.8% da amostra apresentava sintomatologia depressiva, 55.6% sintomatologia ansiosa e 57.5% evidenciava baixo controlo percebido.

2.2 Instrumentos de colheitas de dados e procedimentos

A recolha de dados obedeceu a todos os procedimentos éticos subjacentes a um estudo desta natureza. Para a sua consecução foram solicitadas as autorizações às comissões de ética das instituições onde se procedeu à colheita de dados. Aos participantes foi explicado o objetivo e dada informação acerca do estudo, foi garantida a confidencialidade dos seus dados, bem como pedido o seu consentimento para a aplicação do instrumento.

Os dados foram colhidos a partir da aplicação de um formulário, que integrava duas partes, a primeira referente a dados sociodemográficos e clínicos, e a segunda constituída por dois instrumentos: um que avaliava a ansiedade e a depressão através da aplicação da Versão Portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), e outro que avaliava o controlo percebido a partir da Versão portuguesa da *Control Attitudes Scale Revised* (CAS-R).

A HADS é um instrumento constituído por duas subescalas, cada uma com sete itens, em que uma avalia a ansiedade (HADS-A) e a outra a depressão (HADS-D), as quais são pontuadas separadamente numa escala de *Likert* que varia entre zero e três. Em cada uma das subescalas um *score* inferior a 8 é indicativo de um estado psicológico normal, um *score* entre 8 a 10 é sugestivo da presença de ansiedade e/ ou depressão e um *score* superior a 10 é sugestivo de presença severa destes distúrbios psicológicos. Aquando da sua validação em Portugal, este instrumento obteve uma boa consistência Interna (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007). Neste estudo, obteve-se valores de *Alfa de Cronbach* de 0,74 e 0,71, respetivamente nas duas subescalas (ansiedade e depressão).

A CAS-R, instrumento que avalia o grau de perceção de controlo percebido que os indivíduos com doença cardíaca têm sobre a doença, é constituída por oito itens, com uma escala de resposta do tipo *Likert* com cinco pontos. O seu *score* varia entre 8 e 40 pontos, sendo que, quanto mais alto for este valor melhor será o controlo percebido (Moser *et al.*, 2009). Este instrumento foi validado para o contexto português de Portugal, com características psicométricas aceitáveis (Pacheco & Santos, 2014). Uma vez que não existe um ponto de corte definido, como forma de identificar os indivíduos com baixo e alto controlo percebido (Mckinley *et al.*, 2012), utilizamos a mediana de 29 obtida no presente estudo, como ponto de corte para a classificação do nível de controlo percebido em baixo (< 29) e alto (≥ 29). Na amostra deste estudo foi obtido um *Alfa de Cronbach* de 0.65.

2.3 Análise e tratamento dos dados

A análise estatística foi realizada através do *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19. A amostra foi dividida em dois grupos (homens e mulheres).

A apresentação dos dados foi realizada através da estatística descritiva com recurso a médias (M), desvio Padrão (DP), frequências (freq) e percentagens (%), quando necessário. Como forma de comparar os homens e as mulheres, no caso das variáveis contínuas, foi utilizado o teste *t de Student* (teste t) para amostras não emparelhadas, e para as variáveis categóricas foi utilizada a comparação por proporções através do teste qui-quadrado (χ^2).

Como forma de identificar as diferenças ente os homens e as mulheres, foi utilizada a regressão logística, pelo método *Stepwise Backward likelihood ratio*, tendo entrado no modelo as variáveis que se mostraram estatisticamente significativas ao nível 5%. A interpretação estatística dos testes foi realizada, utilizando o nível de significância de 5% com intervalo de confiança de 95%.

3 RESULTADOS

Análise Univariada

As variáveis sociodemográficas e clínicas, foram comparadas tendo em conta o género (Tabela 1). Não foram encontradas diferenças relativamente aos dias de internamento, ao número de cigarros consumidos por dia, à situação laboral, à religião, à coabitação, ao diagnóstico de internamento, aos tratamentos efetuados, aos internamentos anteriores, aos problemas cardíacos anteriores, à dislipidémia, à HTA, à diabetes e aos cuidados com a alimentação. Verificou-se, no entanto que, relativamente aos homens, as mulheres da nossa amostra são: mais velhas ($p < 0.05$), têm menor escolaridade ($p < 0.05$), pertencem menos ao grupo dos casados ($p < 0.05$), não possuem hábitos tabágicos ($p < 0.01$), não ingerem bebidas alcoólicas ($p < 0.0001$) e não fazem exercício físico ($p < 0.05$).

Tabela 1: Análise univariada, tendo em conta as características sociodemográficas e clínicas

Variável	Homens (n = 104)	Mulheres (n = 56)	P
Idade (M ± DP)	60.69 ± 11.11	64.91 ± 12.61	0.031*
Anos escolaridade (M ± DP)	6.04 ± 3.67	4.63 ± 3.69	0.022*
Dias internamento (M ± DP)	4.42 ± 3.64	4.34 ± 3.55	0.889
Cigarros/dia (M ± DP)	19.53 ± 9.91	19.25 ± 7.89	0.957
Estado Civil (casado) (%)	86.50	71.40	0.020*
Situação laboral (Não trabalha) (%)	65.40	78.60	0.083
Tem Religião (%)	93.30	98.20	0.162
Coabitação (Sim) (%)	91.30	87.50	0.439
Diagnóstico Internamento (%)			0.219
EAM	60.60	55.40	
AI	16.30	8.90	
ICC	15.40	19.60	
Outros	7.70	16.10	
Tratamento (%)			0.067
Médico	34.60	53.60	
Angioplastia	45.20	32.10	
Cirúrgico	20.20	14.30	
Internamentos anteriores (%)	41.30	35.70	0.487
Problemas cardíacos anteriores (%)	49.0	51.80	0.740
Dislipidémia (%)	75.00	75.00	1.00
Hipertensão Arterial- HTA (%)	71.20	66.10	0.506
Diabetes (%)	31.70	39.30	0.337
Sem hábitos Tabágicos (%)	71.20	92.90	0.001**
Não Ingestão bebidas alcoólicas (%)	41.30	82.10	0.000***
Não fazem Exercício Físico (%)	49.00	66.10	0.039*
Sem Cuidados com Alimentação (%)	45.20	35.70	0.246

AI: Angina Instável; EAM: Enfarte Agudo Miocárdio; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; M: Média; DP: Desvio Padrão

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0001$

Relativamente às medidas psicossociais avaliadas (Tabela 2), a mulher apresentou um *score* da HADS- A superior ao homem ($p < 0.05$), corroborado pela maior proporção destas a excederem o ponto de corte para a ansiedade (66.1% vs 50%). Esta tendência refletiu-se também com a HADS-D, apresentando a mulher um *score* superior ao encontrado no homem ($p < 0.0001$), observado pela maior percentagem destas que ultrapassaram o ponto de corte para a depressão (46.4% vs 26.9%). Relativamente à avaliação do controlo percebido, pela aplicação da CAS-R, verificou-se que a mulher apresentava um *score* inferior ao do homem ($p < 0.0001$), indicando que estas tinham menos perceção de controlo sobre a doença. Isto foi corroborado quando aplicado à escala um ponto de corte para baixo controlo percebido (CAS-R <29) e se verificou uma maior proporção de mulheres no grupo que possuía baixo controlo percebido (76.8%), quando comparada com os homens (47.1%).

Tabela 2: Análise univariada, tendo em conta as variáveis psicossociais

Variável	Homens (n = 104)	Mulheres (n = 56)	p
Ansiedade			
HADS-A (M ± DP)	7.89 ± 3.87	9.33 ± 3.81	0.025*
HADS-A ≥8 (%)	50.00	66.10	0.048*
Depressão			
HADS-D (M ± DP)	5.32 ± 3.16	7.46 ± 3.44	0.000**
HADS-D ≥8 (%)	26.90	46.40	0.013*
Controlo Percebido			
CAS-R (M ± DP)	28.6 ± 3.66	25.7 ± 3.82	0.000**
CAS-R <29 (%)	47.10	76.80	0.000**

HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale- Anxiety; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale- Depression; CAS-R: Control Attitudes Scale – Revised; M: Média; DP: Desvio Padrão

* p < 0.05; ** p < 0.0001

Análise multivariada

Após o controlo das variáveis correlacionadas com o género na análise univariada, através da regressão logística multivariada, com o objetivo de identificar as variáveis relacionadas com a mulher, o modelo de regressão (*Nagelkerke R² = 0.39*), apenas selecionou algumas (Tabela 3). Mostraram-se significativas: o não consumo de tabaco (*p < 0.05*), a não ingestão bebidas alcoólicas (*p < 0.0001*), a presença de ansiedade (*p < 0.05*) e o baixo controlo percebido (*p < 0.01*) e não significativas: o estado civil (*p = 0.064*) e a não realização de exercício físico (*p = 0.098*). Conclui-se assim que as mulheres relativamente aos homens, são mais ansiosas, têm baixo controlo percebido, não são fumadoras e não ingerem bebidas alcoólicas. Por outro lado têm menos tendência a pertencer ao grupo dos casados e maior tendência para não fazer exercício físico.

Tabela 3: Resumo do modelo de análise multivariada das variáveis independentes correlacionadas com o género, através de regressão logística

Variáveis	B	SE	Wald Chi-square	df	Odds Ratio (OR)	95% CI	p
Estado Civil (Casado)	- 0.995	0.537	3.430	1	0.370	0.129 1.060	0.064
Tabagismo (Não fumador)	1.486	0.674	4.853	1	4.417	1.178 16.564	0.028*
Não ingestão Bebidas Alcoólicas	1.736	0.455	14.545	1	5.673	2.325 13.844	0.000***
Exercício Físico (Não faz)	0.697	0.422	2.730	1	2.008	0.878 4.591	0.098
Ansiedade presente	1.026	0.433	5.610	1	2.789	1.194 6.517	0.018*
Baixo controlo Percebido	1.121	0.425	6.958	1	3.068	1.334 7.056	0.008**

CI: Intervalo de confiança; SE: Erro Padrão df: graus de liberdade

Género feminino codificado como 1

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.0001

4 DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos constata-se que as mulheres, quando comparadas com os homens, são mais ansiosas, têm baixo controlo percebido, não são fumadoras e não ingerem bebidas alcoólicas. Os dados revelaram ainda, embora sem significado estatístico, que estas têm menos tendência a pertencer ao grupo dos casados e maior tendência para não fazer exercício físico. Relativamente a outros fatores de risco tradicionais da DCV, como a HTA, a dislipidémia e a diabetes não foram encontradas diferenças entre os géneros.

A bibliografia consultada indica que as características físicas e psicossociais que distinguem homens e mulheres, podem influenciar os vários domínios da sua saúde, nomeadamente na saúde cardiovascular (OMS, 2016; Shah, Palaskas, & Ahmed, 2016). Como resultado, existe atualmente uma crescente tendência em emanar recomendações específicas para cada género, como forma de ir ao encontro das suas características individuais/específicas (Mosca *et al.*, 2011; McSweeney *et al.*, 2016).

O stress psicossocial tem sido identificado como tendo uma influência negativa na DCV, tanto no homem como na mulher, contribuindo para o seu aparecimento, a sua exacerbação, a sua progressão e o aumento do seu risco (Moser *et al.*, 2009; Olafiranye *et al.*, 2011; Mckinley *et al.*, 2012; McSweeney *et al.*, 2016). De facto, atualmente estas variáveis possuem um peso tão grande ou maior na saúde cardiovascular dos indivíduos, quanto os fatores de risco tradicionais e/ou a presença de comorbilidades (Moser *et al.*, 2009; Olafiranye *et al.*, 2011).

Importa destacar que os estados emocionais negativos, para além de frequentes em indivíduos com DCV, afetam negativamente a sua qualidade de vida, a adesão aos tratamentos recomendados, os custos com os cuidados, bem como a recuperação da doença, associando-se a uma grande cormobilidade e mortalidade. A sua presença é ainda promotora da exacerbação dos fatores de risco tradicionais e da adoção de comportamentos menos saudáveis (Olafiranye *et al.*, 2011; PerK *et al.*, 2012; Pajak *et al.*, 2013).

De entre os fatores de risco psicossociais mais estudados encontra-se a depressão, cuja evidência confirma como sendo um fator favorecedor do aumento do risco cardiovascular. Também a ansiedade, apesar de menos investigada e de forma mais controversa, de acordo com diversos estudos, tem um impacto negativo na saúde cardiovascular (Moser *et al.*, 2009; Mckinley *et al.*, 2012; McSweeney *et al.*, 2016).

Estudos diversos têm vindo a indicar que tanto a ansiedade como a depressão, condições consideradas atualmente um problema de saúde pública, são mais comuns e predominantes na mulher, persistindo mais nesta do que no homem (Doering *et al.*, 2011; Pajak *et al.*, 2013; Prata, Martins, Ramos, Rocha-Gonçalves, & Coelho, 2016). Tal facto corrobora os nossos resultados, uma vez que estes indicaram percentagens de ansiedade e de depressão nas mulheres da nossa amostra (66.1% vs 46.4%) superiores aos dos homens (50% vs 26.9%). Importa refletir sobre estes resultados, uma vez que a evidência sugere que o tratamento de fatores psicossociais negativos, como a ansiedade e a depressão, ajudam na recuperação dos indivíduos com DCV, diminuindo o número de eventos e melhorando a sua qualidade de vida (Olafiranye *et al.*, 2011; PerK *et al.*, 2012; Pajak *et al.*, 2013; McSweeney *et al.*, 2016).

No que respeita ao estado civil, constatou-se a partir da análise multivariada do nosso estudo, não ser estatisticamente significativa, porém foi demonstrada uma tendência para as mulheres pertencerem menos ao grupo dos casados. Relativamente a este dado, a investigação tem demonstrado que os indivíduos não casados, quando comparados com os que o são, possuem menos recursos, menos suporte social, menos controlo social, mais comportamentos de risco e piores resultados em saúde (Dupre & Nelson, 2016). O estudo desta variável em indivíduos com DCV, nomeadamente na síndrome coronária aguda (Jiang *et al.*, 2013; Kilpi, Konttinen, Silventoinen, & Martikainen, 2015; Dupre & Nelson, 2016), revela que os indivíduos não casados são mais suscetíveis de sofrer eventos cardíacos e estão associados a maior mortalidade. Contudo, observando as diferenças de género, verifica-se que as mulheres têm sempre maior risco de sofrer eventos cardíacos do que o homem, qualquer que seja o seu estado civil (Jiang *et al.*, 2013).

Outro fator de ordem psicossocial, que mais recentemente tem vindo a ser estudado é o controlo percebido. No presente estudo verifica-se uma baixa perceção de controlo da saúde (baixo controlo percebido) por parte das mulheres, resultado corroborado por Doering *et al.* (2011) no seu estudo.

A evidência tem vindo a revelar que um baixo controlo percebido tem um impacto negativo na saúde cardiovascular, sendo promotor de estados emocionais negativos (ansiedade e depressão) considerados impulsionadores de problemas cardiovasculares (Moser *et al.*, 2009; Doering *et al.*, 2011; Mckinley *et al.*, 2012; Pacheco & Santos, 2014, 2015).

Observando os resultados obtidos com o presente estudo, verifica-se que quando comparadas com os homens, as mulheres são não fumadoras. Tal não foi para nós uma surpresa, já que globalmente a prevalência do tabagismo é sensivelmente cinco vezes maior no homem do que na mulher (48% vs 10%) (Appelman *et al.*, 2015). Porém, importa aqui referir que a evidência sugere que as mulheres com hábitos tabágicos têm mais 25% de risco de desenvolverem uma DCV, relativamente aos homens que fumam, independentemente da intensidade do consumo ou de outros fatores de risco cardiovascular (McSweeney *et al.*, 2016). Estudos diversos demonstram também que a cessação tabágica em ambos os géneros tem benefícios similares na redução do risco de DCV (PerK *et al.*, 2012; Appelman *et al.*, 2015; McSweeney *et al.*, 2016).

Relativamente aos resultados que revelam uma alta taxa de sedentarismo entre as mulheres (66.1%), podemos verificar que são suportados pela investigação de Prata *et al.* (2016), a qual revela que menores níveis de educação ou ocupação se associam a menores níveis de exercício entre as mulheres. Também Kotseva *et al.* (2016), concluíram que cerca de 60% da sua amostra realizava pouco ou nenhum exercício físico e que a percentagem de mulheres que referia fazer exercício físico, comparativamente ao homem, era menor (30.8 vs 43%).

Constata-se também que maiores níveis de fatores emocionais negativos, nomeadamente a ansiedade e a depressão, evidenciados nas mulheres que constituem a amostra, associam-se a menores níveis de atividade física entre as mulheres. Este facto é corroborado pelos trabalhos de Mosca *et al.* (2011) e McSweeney *et al.* (2016).

Por fim, emerge ainda como resultado do presente estudo, uma clara tendência para que a mulher, quando comparada com o homem, não consuma álcool. Também este resultado não constituiu para nós espanto, pois a evidência tem vindo a demonstrar que a ingestão de álcool é mais frequente no género masculino (Prata *et al.*, 2016). A ESC, através das suas *guidelines*, refere que a ingestão moderada de bebidas alcoólicas (uma ou duas unidades por dia), diminuiu o risco de DCV relativamente aos não consumidores. No entanto, alerta que esta situação não está bem esclarecida já que existe investigação, que lança a dúvida, sugerindo que qualquer consumo desta substância está associada à elevação da pressão arterial e do índice de massa corporal. Em termos de género, a mortalidade por doença cardíaca isquémica, em relação ao homem, é o dobro nas mulheres que ingerem álcool em excesso (Piepoli *et al.*, 2016).

CONCLUSÕES

A evidência tem demonstrado que o género feminino apresenta, relativamente ao género masculino, um risco acrescido de DCV, quando consideradas algumas das suas características biológicas e psicossociais.

O nosso estudo permitiu identificar alguns fatores de risco mais prevalentes nas mulheres do que nos homens. Os resultados ressaltaram ainda a necessidade das pessoas com doença cardíaca melhorarem o seu conhecimento relativamente ao risco cardiovascular com vista a uma prevenção e tratamento efetivos.

Em suma, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem estar conscientes de que existem, entre o homem e a mulher, diferenças que os distinguem relativamente ao risco cardiovascular, tornando-os mais vulneráveis ao aparecimento de DCV. Por tal, estes profissionais devem estar sensibilizados para a necessidade de realizar uma recolha sistemática dos fatores que podem influenciar o risco cardiovascular, definindo e implementando intervenções que vão de encontro às recomendações emanadas para a redução desse risco em cada género. Importa também que, uma vez que os fatores de sofrimento psicossocial são muito frequentes em pessoas com estas doenças, nomeadamente na mulher, se desenvolvam intervenções capazes de aumentar o controlo percebido, como forma de diminuir o *stress* psicossocial, evitando a exacerbação do risco e da doença nos indivíduos, e assim aumentar a sua adesão aos tratamentos e a comportamentos saudáveis.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todas as pessoas e instituições que tornaram possível a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Appelman, Y., Rijn, B. B. V., Haaf M. E. T., Boersma, E., & Peters, S. A. E. (2015). Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis*, 241(1), 211-218. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.01.027>
- Doering, L. V., Mckinley, S., Riegel, B., Moser, D. K., Meischke, H., Pelter, M. M., & Dracup, K. (2011). Gender-Specific Characteristics of Individuals with depressive symptoms and coronary heart disease. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 40 (3), e4-e14. doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.04.002
- Dupre, M. E., & Nelson A. (2016). Marital history and survival after a heart attack. *Social Science & Medicine*, 170,114-123. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.10.013>
- Hamill, S., & Ingram, N. (2015). Gender disparities: assessment and treatment of coronary heart disease. *British Journal of Cardiac Nursing*, 10(10), 494-502. Available at: <http://dx.doi.org/10.12968/bjca.2015.10.10.494>
- Jiang, W., Samad, Z., Boyle, S., Becker, R. C., Williams, R., Kuhn, C. ... Velazquez, E. J. (2013). Prevalence and clinical characteristics of mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(7), 714-722. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.037>
- Kilpi, F., Konttinen, H., Silventoinen, K., & Martikainen, P. (2015). Living arrangements as determinants of myocardial infarction incidence and survival: a prospective register study of over 300,000 Finnish men and women. *Social Science & Medicine*, 133: 93 - 100. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.054>
- Kotseva, K., Wood, D., De Bacquer, D., De Backer, G., Rydén, L., Jennings, C. ... Cifková, R. (2016). EUROASPIRE IV: A european society of cardiology survey on the lifestyle risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(6), 636-648. Available at: <https://doi.org/10.1177/2047487315569401>
- Mckinley, S., Fien, M., Riegel, B., Meischke, H., Aburuz, M. E., Lennie, T. A., Moser, D. K. (2012) Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2320 - 2330. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05933.x
- McSweeney, J. C., Rosenfeld, A. G., Abel, W. M., Braun, L. T., Burke, L. E., Daugherty, S. L. ... Reckelhoff, J. F. (2016). Preventing and experiencing ischemic heart disease as a woman: state of the science: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 133(13), 1302-1331. Available at: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000381>
- Mosca, L., Benjamin, E. J., Berra, K., Bezanson, J. L., Dolor, R. J., Lloyd-Jones, D. M. ... Wenger N. K. (2011). Effectiveness-Based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: A guideline from the American Heart Association. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(12), 1404-23. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2011.02.005>
- Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. V., Meischke, H., Heo, S. ... Dracup, K. (2009). The Control Attitudes Scale- Revised: psychometric evaluation in three groups of patients with cardiac illness. *Nursing Research*, 58(1), 42-51. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181900ca0
- Olaifiranye, O., Jean-Louis, G., Zizi, F., Nunes, J., & Vincent, M. (2011). Anxiety and cardiovascular risk: Review of epidemiological and clinical evidence. *Mind & Brain : the Journal of Psychiatry*, 2(1), 32-37. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150179/>
- World Health Organization. (2016). *Cardiovascular Diseases (CVDs)*. Geneve: WHO. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

- Pacheco, A. J. C. (2011). *Tradução adaptação à cultura portuguesa e validação da Control Attitudes Scale - Revised (CAS-R) em pessoas com doença cardíaca*. (Dissertação de mestrado não publicada) Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal
- Pacheco, A. J. C., & Santos, C. (2015). Depressão em pessoas com doença cardíaca: Relação com a ansiedade e o controlo percebido. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 64-71. Available at: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0107>
- Pacheco, A. J. C., & Santos, C. S. V. B. (2014). Tradução, adaptação cultural e validação para português da Control Attitudes Scale-Revised (CAS-R) em pessoas com doença cardíaca. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 93 -101. Available at: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1311>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar M. (2007). Validation study of a Portuguese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Pajak, A., Jankowski, P., Kotseva, K., Heidrich, J., De Smedt, D., De Bacquer, D. (2013). Depression anxiety and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: The EUROASPIRE III Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(2), 331-340. Available at: <https://doi.org/10.1177/2047487312441724>
- Pereira, M., Azevedo, A., Lunet, N., Carreira, H., O'Flaherty, M., Capewell, S., & Bennet, K. (2013). Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Portugal between 1995 and 2008. *Circulation: cardiovascular Quality and Outcomes*, 6, 634-642. Available at: <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.113.000264>
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Ž., Verschuren, M. ... Deaton, C. (2012). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*, 33(13), 1635-1701. Available at: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs092>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L. ... Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23 (11), NP1-NP96. Available at: <https://doi.org/10.1177/2047487316653709>
- Prata, J., Martins, A. Q., Ramos, S., Rocha-Gonçalves, F., & Coelho, R. (2016). Gender differences in quality of life perception and cardiovascular risk in a community sample. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(3), 153-160. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2015.09.022>
- Shah, T., Palaskas, N., & Ahmed, A. (2016). An update on gender disparities in coronary heart disease care. *Current Atherosclerosis Reports*, 18(5), 1-8. doi: 10.1007/s11883-016-0574-5
- Townsend, N., Wilson, L., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K., Rayner, M., & Nichols, M. (2016). Cardiovascular disease in Europe: Epidemiological update 2016. *European Heart Journal*, 37(42), 3232-3245. Available at: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw334>
- Vaccarino, V., Badimon, L., Corti, R., Wit, C., Dorobantu, M., Hall, A. ... Bugiardini, R. (2011). Ischaemic heart disease in women: are there sex differences in pathophysiology and risk factors. *Cardiovascular Research*, 90, 9-17. doi: 10.1093/cvr/cvq394

Millenium, 2(3), 37-44.

ABORDAGEM E SEGUIMENTO DA DEMÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
DEMENTIA APPROACH AND FOLLOW-UP IN PRIMARY CARE
ENFOQUE Y SEGUIMIENTO DE LA DEMENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Ana Jorge Lopes¹

Vitor Martins¹

João Ribeiro¹

¹*Unidade de Saúde Familiar (USF) Viriato, Viseu, Portugal*

Ana Jorge Lopes - anaj.lopes22@gmail.com | Vitor Martins - vitorbnmartins3@gmail.com | João Ribeiro - jcatarinor@gmail.com

Autor Correspondente

Ana Jorge Oliveira Cardoso Lopes
Rua Pedro Álvares Cabral nº124 R/C, 3500-169 Viseu, Portugal
anaj.lopes22@gmail.com

RECEBIDO: 21 de novembro de 2016

ACEITE: 06 de abril de 2017

RESUMO

Introdução: A prevalência das demências tem vindo a aumentar nos últimos anos, em paralelo com o envelhecimento da população, sendo atualmente uma patologia frequente ao nível dos cuidados de saúde primários.

Objetivo: Analisar o papel do médico de família no diagnóstico e seguimento dos doentes com demência.

Métodos: Revisão teórica mediante a pesquisa de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e artigos originais na PubMed, Clinical Key, UpToDate, Index de Revistas Portuguesas, nas línguas inglesa e portuguesa, de janeiro de 2006 a setembro de 2016 utilizando os termos MeSH: "Dementia", "Primary Health Care", "Primary Care Nursing" e "Physician Primary Care".

Desenvolvimento: Perante a suspeita de quadro demencial é importante efetuar uma história clínica pormenorizada ao doente com a colaboração dos familiares e/ou cuidadores com enfoque nos sintomas cognitivos, comportamentais e alterações nas atividades da vida diária. De seguida, deve proceder-se ao exame objetivo e à aplicação de testes de avaliação cognitiva, psicoafetiva e funcional reservando-se, por último, uma avaliação analítica e imagiológica. De igual relevância é o papel do médico de família no tratamento/orientação posterior do doente e apoio aos familiares e cuidadores na gestão dos cuidados.

Conclusões: O médico de família encontra-se numa posição privilegiada para uma deteção precoce da demência. O diagnóstico é essencialmente clínico e nem sempre é fácil numa fase inicial. O papel dos médicos e outros profissionais dos Cuidados de Saúde Primários não deve limitar-se à avaliação inicial, mas deve estender-se ao seguimento e orientação posterior do doente e respetivos familiares.

Palavras chave: Demência; médico de família; cuidador

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of dementia has been increasing in recent years in parallel with an ageing population. Today it is a common pathology in primary care level.

Objectives: To analyse the family physician's role in diagnosing and following up on patients with dementia.

Methods: Theoretical review based on researching clinical guidelines, systematic and original articles published in English and Portuguese in PubMed, Clinical Key, UpToDate, the Index of Portuguese Journals from January 2006 to September 2016 using the MeSH terms: "Dementia," "Primary Health Care," "Primary Care Nursing" and "Primary Care Physician."

Development: When dementia is suspected, it is important to resort to family members and/or caregivers' cooperation, to conduct a thorough medical history of the patient, focusing on behavioural and cognitive symptoms and changes in daily activities. Subsequently, an objective examination should be carried out and an array of cognitive, psycho-affective and functional assessment tests applied. Finally, an analytical and imaging evaluation should be performed. Equally important is the role of the family physician in the patient's subsequent treatment/guidance and support to families and caregivers in care management.

Conclusions: The family physician is in a prime position for early detection of dementia. Clinical diagnosis is essential and is not always easy at an early stage. The role of doctors and other professionals in primary health care should not be limited to the initial assessment, but should extend to following up on and guiding the sick and their respective families.

Keywords: Dementia; family physician; caregiver

RESUMEN

Introducción: El predominio de las demencias ha aumentado en los últimos años, en paralelo con el envejecimiento de la población, siendo actualmente una patología muy frecuente en la atención primaria de salud.

Objetivo: Revisar el papel del médico de Medicina Familiar y Comunitaria en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con demencia.

Métodos: Revisión teórica a través de búsqueda de normas de orientadoras clínicas, revisiones sistemáticas y artículos originales en bases de datos como PubMed, Clinical Key, UpToDate, y índices de Revistas Portuguesas, en portugués o inglés, entre Enero de 2006 y Septiembre de 2016, utilizando los términos MeSH: "Dementia", "Primary Health Care", "Primary Care Nursing" e "Physician Primary Care".

Desarrollo??: Ante la sospecha de demencia es importante realizar una historia clínica completa del paciente recurriendo a la ayuda de miembros de la familia y/o cuidadores que se centre en los síntomas cognitivos y cambios de comportamiento en las actividades de la vida diaria. A continuación, debe procederse al examen objetivo y la aplicación de las pruebas cognitivas, psicoafectivas y funcionales, reservando, para el fin, una evaluación analítica y de imagen. Igual de importante es el papel del médico de Medicina Familiar y Comunitaria en el tratamiento y orientación posterior del paciente y apoyo a las familias y cuidadores en la gestión de la atención.

Conclusiones: El médico de Medicina Familiar y Comunitaria se encuentra en una posición privilegiada para la detección precoz de la demencia. El diagnóstico de la demencia es básicamente clínico, pero no es siempre fácil de detectar en una fase temprana. El papel de los médicos, así como de otros profesionales de la Atención Primaria de Salud, no se debe limitar a la evaluación inicial, sino que debe extenderse al seguimiento y orientación de los enfermos y sus respectivas familias

Palabras clave: Demencia; médico de medicina familiar y comunitaria; cuidador

INTRODUÇÃO

O termo “demência” deriva etimologicamente da palavra latina *dementia* que significa privação da mente (Pinho, 2008). Traduz um distúrbio complexo, crónico e progressivo que se caracteriza por um défice cognitivo que envolve uma ou várias funções (aprendizagem, memória, linguagem, competências visuo-espaciais e função executiva), alterações da personalidade e diminuição do funcionamento global (Boustani, Schubert & Sennour, 2007; Holzer, Warner & Iliffe, 2013; Larson, 2016).

Em Portugal, à semelhança de outros países europeus, tem-se verificado um envelhecimento populacional crescente. O retrato demográfico para o nosso país caracteriza-se por um aumento continuado na esperança média de vida ao nascer, redução na mortalidade infantil, aumento da emigração, diminuição da natalidade e o conseqüente envelhecimento da população. Entre 2011 e 2013, o índice de envelhecimento da população (que traduz o número de indivíduos com mais de 65 anos por cada 100 indivíduos, com idade inferior a 15 anos) passou de 128 para 136 e as previsões demográficas são para que este atinja um valor na ordem dos 287 a 464 por cada 100 jovens, em 2060. Prevê-se que, nesta data, a população idosa corresponda a 36 a 43% da população (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues & Carvalho, 2015).

Com a idade a incidência e a prevalência da demência aumentam, duplicando aproximadamente a cada 5 anos depois dos 65 anos, pelo que de um valor de 0,8% no grupo etário dos 65 aos 69 anos passa para 28,5% acima dos 90 anos de idade (Pinho, 2008).

Com frequência, o médico de família é o primeiro clínico a quem o doente com suspeita de demência recorre, apesar de cerca de 39% recorrerem a outros especialistas, nomeadamente neurologistas ou psiquiatras (Galvin & Sadowsky, 2012; Samsi & Manthorpe, 2014). Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) representam o primeiro nível de acesso dos utentes ao Sistema Nacional de Saúde, possibilitam um contacto regular com os respetivos médicos de família, com os quais mantém alguma familiaridade e estabelecem uma relação médico/doente de confiança e permitem a referenciação hospitalar quando indicada. Por isso, diversos autores consideram os CSP como primeira linha para um diagnóstico atempado do quadro demencial (Pinho, 2008; Boustani et al., 2007).

Neste contexto, o presente artigo visa abordar a importância do médico de família no diagnóstico e seguimento dos doentes com demência. Para o efeito, efetuou-se uma pesquisa de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e artigos originais na PubMed, Clinical Key, UpToDate, Index de Revistas Portuguesas, nas línguas inglesa e portuguesa, de janeiro de 2006 a setembro de 2016. A mesma teve subjacente a utilização dos termos MeSH: “Dementia”, “Primary Health Care”, “Primary Care Nursing” e “Physician Primary Care”, associados ou não e por vezes complementados por termos específicos. Nesta seleção demos prioridade às publicações com enfoque no diagnóstico da demência e cuidados aos doentes com esta patologia e respetivos cuidadores no âmbito dos CSP.

1. DESENVOLVIMENTO

1.1. Epidemiologia

Os estudos publicados sobre a epidemiologia da demência em Portugal são em número reduzido e limitam-se a áreas geográficas específicas com incidência na região Norte. Entre 2003 e 2008, concretizou-se o primeiro estudo de base populacional em Portugal, que apurou uma prevalência global de demência na população entre os 55 e os 79 anos de idade de 2,7% (Nunes et al., 2010). Em 2006, decorreu um outro estudo na população portuguesa sob observação da Rede de Médicos-Sentinela com o objetivo de estimar a prevalência de casos de demência diagnosticada ao nível dos CSP. Verificou-se que a prevalência desta entidade acima dos 35 anos de idade foi de 0,7% e que o grupo etário dos indivíduos com idade superior a 75 anos foi aquele com maior taxa (3,0%) (Rodrigues, Sousa-Uva, Galvão, Nunes & Dias, 2014).

Recentemente, foi realizado um estudo por Santana et al. (2015) com o objetivo de estimar a prevalência de demência/Doença de Alzheimer em Portugal e inferir, a partir da prescrição, o número de diagnósticos efetivos e os encargos financeiros com a medicação. Estimou-se uma prevalência de demência de 5,91% nos indivíduos com mais de 60 anos com um encargo financeiro de 37 milhões de euros por ano. Os custos com a medicação incluem-se nos custos diretos juntamente com custos derivados de honorários profissionais, exames clínicos, hospitalizações, serviços de terceiros no apoio aos cuidados quotidianos do doente, entre outros. Contudo, é de ressaltar os intitulados custos indiretos da demência que representam uma percentagem significativa na economia das famílias e dos sistemas de saúde. De destacar o abandono precoce da atividade profissional por parte do doente, diminuição da assiduidade laboral, ou mesmo do abandono da atividade profissional dos cuidados informais, aumentos da morbidade nos cuidadores, entre outros.

Apesar de não haver um tratamento curativo, o diagnóstico precoce e a implementação do tratamento é essencial para evitar a progressão para estadios mais avançados da doença. Além disso, numa fase inicial, o diagnóstico da doença permitirá planificar questões do foro legal, financeiro e relacionadas com a segurança do doente de forma a que seja possível prolongar a sua independência. Possibilitará também reduzir a sobrecarga do cuidador mediante a transmissão de informação sobre a doença, grupos de apoio e de acompanhamento prestados por serviços apropriados de forma a protelar a institucionalização do doente (Dodd, Cheston & Ivanecka, 2015; Holzer et al., 2013; Pinho, 2008).

Em geral, a percepção do público sobre a demência é que a maioria dos indivíduos se encontram institucionalizados em unidades de cuidados de curta ou longa duração. Contudo, esta é uma visão desajustada já que a maioria dos doentes com demência residem no domicílio com cuidadores muitas vezes da mesma idade ou mais velhos (Darrow, 2015).

A demência ainda se encontra subdiagnosticada e o tempo que decorre desde o aparecimento dos primeiros sintomas ao diagnóstico é prolongado. São identificados diversos obstáculos que poderão estar na base do diagnóstico tardio desta patologia e que envolvem o doente, o médico e o sistema de saúde. No que concerne ao doente, é de salientar a falta de conhecimento sobre os sintomas típicos da demência, a negação perante alterações funcionais e cognitivas e o estigma associado à doença. Os obstáculos relacionados com o médico incluem a dificuldade em diferenciar as alterações na memória inerentes ao processo normal de envelhecimento e a fase inicial da demência, o pessimismo acerca do tratamento e prognóstico, a falta de competências no reconhecimento da demência, bem como a crença de que o diagnóstico desta patologia deverá ficar a cargo de especialistas nesta área. Ao nível do sistema de saúde de referir a falta de tempo e recursos nos CSP para a abordagem desta entidade (Dodd et al., 2015; Holzer et al., 2013; Pinho, 2008).

1.2. Definição e classificação

Existem várias definições para demência, no entanto iremos basear-nos na proposta da American Psychiatric Association (2014), apresentada no Manual DSM-5, por representar uma ferramenta razoável e útil na prática clínica diária. De acordo com a DSM-5, os critérios para demência (atualmente designado distúrbio neurocognitivo major), incluem a identificação, pela história e avaliação clínica de disfunção cognitiva em pelo menos uma das áreas cognitivas (aprendizagem e memória, linguagem, capacidade executiva, atenção, função motora perceptual e cognição social). Esta deve ser suficientemente grave para interferir na autonomia nas AVD representar um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento e ocorrer na ausência de síndrome confusional (*delirium*). No caso das demências neurodegenerativas, por exemplo a demência de Alzheimer, estas alterações são de início insidioso, progressivas e baseiam-se na história clínica e estudos de avaliação cognitiva. As alterações encontradas não são explicadas por outros distúrbios do foro mental.

As demências podem ser classificadas genericamente em primárias e secundárias (Tabela 1). As primárias representam a maioria dos casos e estão associadas a um distúrbio cerebral degenerativo irreversível. A demência de Alzheimer é o tipo mais comum e está presente em cerca de 60 a 80% dos casos. Segue-se a demência vascular, a demência de corpos de Lewy e a demência frontotemporal (Alves & Caetano, 2010; Holzer et al., 2013; Larson, 2016; Pinho, 2008). Alguns estudos revelam que é mais comum uma junção de patologias do que inicialmente se supunha que se pensava de início, em particular com uma sobreposição da demência de Alzheimer com a demência vascular e demência de corpos de Lewy, enquanto que a demência frontotemporal tende a ser erradamente diagnosticada como demência de Alzheimer (Holzer et al., 2013). De referir que, no estudo realizado por Rodrigues et al. (2006), para estimar a prevalência de casos de demência diagnosticada ao nível dos CSP, se observou uma percentagem superior de demências de causa vascular em Portugal, quando comparado com os restantes países europeus. Tal parece estar relacionado com a prevalência elevada de hipertensão arterial na população portuguesa.

As demências secundárias compreendem uma vasta lista de causas. Algumas podem ser reversíveis, como as intoxicações medicamentosas, as que surgem no contexto de depressão ou da hidrocefalia de pressão normal, entre outras, e representam menos de 2% dos casos (Alves & Caetano, 2010; Darrow, 2015).

Tabela 1 – Causas de demência

Demências Primárias – degenerativas	Demências Secundárias
<ul style="list-style-type: none"> • Demência de Alzheimer 	<ul style="list-style-type: none"> • Demência vascular
<ul style="list-style-type: none"> • Demência de corpos de Lewy 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiências vitamínicas
<ul style="list-style-type: none"> • Demência frontotemporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Endócrinas
<ul style="list-style-type: none"> • Outras 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecções do sistema nervoso central (SNC)
	<ul style="list-style-type: none"> • Tóxicas
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentosas
	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos cranianos
	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões expansivas do SNC
	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrocefalia de pressão normal

Fonte: Alves & Caetano (2010); Pinho (2008); Souza et al. (2009)

1.3. Abordagem diagnóstica

Segundo a Associação Americana de Neurologia e o *U.S Preventive Services Task Force* (USPSTF), não existe, de momento, evidência científica para recomendar o rastreio de demência em idosos assintomáticos (Larson, 2016). Contudo, estas entidades juntamente com outras de relevo na área salientam a importância do clínico estar alerta e proceder a uma avaliação atempada dos utentes com suspeita de declínio cognitivo (Pinho, 2008). De acordo com Poggesi e Pantoni (2009), o despiste de declínio cognitivo deverá ser efetuado em três grupos de doentes: os que têm fatores de risco cardiovascular; os que apresentam alterações cognitivas ou do comportamento mínimas, subjetivas, referidas por familiares; os que regressam ao domicílio no pós-acidente vascular cerebral.

1.4. História clínica

A maioria dos doentes com demência não recorre ao médico de família com queixas de perda de memória. Frequentemente, são os familiares, amigos ou cuidadores que abordam a questão (Larson, 2016). Contudo, é frequente os indivíduos apresentarem queixas de “perda de memória” ocasionais com o avançar da idade. Estudos realizados na comunidade sugerem que 35 a 40% dos idosos, com idade superior a 75 anos, saudáveis, sem demência referem problemas com a memória (Poggesi & Pantoni, 2009). De facto o processo de envelhecimento pode condicionar um declínio cognitivo que é considerado normal e que deve ser distinguido da demência. Este atinge apenas a memória e não afeta a capacidade funcional do indivíduo (Darrow, 2015; Larson, 2016; Poggesi & Pantoni, 2009).

Perante a suspeita de quadro demencial é imprescindível a realização de uma história clínica detalhada, exaustiva e completa. A entrevista clínica deve dirigir-se não só ao doente mas ao cuidador e/ou familiares que convivem diariamente com o doente (Alves & Caetano, 2010; Holzer et al., 2013; Larson, 2016; Pinho, 2008). Recomenda-se que a avaliação do doente ocorra em pelo menos dois períodos distintos, dadas as restrições existentes ao nível dos CSP, nomeadamente o tempo limitado de consulta (Darrow, 2015; Pinho, 2008).

Numa primeira fase devem pesquisar-se alterações cognitivas, psico-comportamentais e funcionais que, ao estarem presentes, alertam para o diagnóstico, tais como: dificuldades em aprender e reter nova informação (dificuldade em lembrar eventos, repetição de questões, colocação de objetos fora dos lugares próprios); dificuldades em realizar atividades complexas (gerir as questões financeiras, preparar uma refeição); problemas ao nível da orientação e da habilidade visuo-espacial (desorientação em locais conhecidos); alterações da linguagem (dificuldades em encontrar a palavra adequada); comprometimento do raciocínio e da capacidade de tomar decisões (dificuldades na resolução de problemas em casa ou no emprego) e alterações do comportamento (apatia, irritabilidade, desconfiança) (Alves & Caetano, 2010; Larson, 2016; Pinho, 2008). Importa salientar que, numa fase inicial, os sintomas diferem de doente para doente pelo que podem ser difíceis de reconhecer. Por isso, é importante inquirir primeiro o cuidador/familiares acerca da personalidade prévia do doente, educação e capacidade intelectual (Holzer et al., 2013).

De seguida, deve proceder-se à recolha de informação no que concerne a antecedentes pessoais e história familiar de demência que irá auxiliar no diagnóstico diferencial. Relativamente aos antecedentes pessoais, é necessário questionar sobre alguns dados relevantes, a saber: fatores de risco cardiovasculares (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, fibrilhação auricular, etc); doenças neurológicas (acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, doença de Huntington, etc), psiquiátricas (depressão), infecciosas (sífilis, infeção por VIH, etc.), endócrino-metabólicas (hipotiroidismo); história de traumatismo crânio-encefálico; medicação; hábitos alcoólicos, tabágicos e toxicológicos e cirurgias prévias (Alves & Caetano, 2010; Galvin et al., 2012; Pinho, 2008).

A idade é o principal fator de risco para demência. A maior suscetibilidade para desenvolver esta entidade assenta no efeito cumulativo de fatores de risco que incluem fatores genéticos, biológicos e ambientais. Os fatores de risco incluem o abuso de álcool, obesidade, hipertensão arterial e dislipidémia, enquanto a prática de atividades mentais e sociais parecem ser protetoras (Holzer et al., 2013).

O exame físico geral é obrigatório e deve incluir um exame neurológico sumário, com especial atenção a sinais neurológicos focais, alterações na marcha e sinais de parkinsonismo (Alves & Caetano, 2010; Larson 2016; Pinho, 2008). Devem descartar-se causas que possam condicionar um declínio cognitivo, como infeção do trato urinário, insuficiência cardíaca, diminuição da acuidade visual ou auditiva (Pond, 2012). A presença de alterações na auscultação cardíaca pode sugerir uma causa vascular (Alves & Caetano, 2010). Na suspeita de demência de etiologia vascular, o exame físico deve focar em especial o sistema cardiovascular. Devem avaliar-se os pulsos periféricos, a pressão arterial, índice de massa corporal (IMC) e o perímetro abdominal (Poggesi & Pantoni, 2009). O aumento da tiroide pode significar uma demência secundária endócrina. Devem ainda pesquisar-se sinais de hepatopatia, alcoolismo e insuficiência renal (Alves & Caetano, 2010).

1.5. Avaliação cognitiva, psicoafetiva e funcional

No seguimento da história clínica é fulcral proceder a uma avaliação cognitiva, psicoafetiva e funcional. A avaliação cognitiva auxilia na deteção e caracterização do défice cognitivo. De acordo com a Norma da Direção Geral de Saúde (DGS), nº 053, de 27/12/2011, sobre a abordagem terapêutica das alterações cognitivas devem utilizar-se testes traduzidos e adaptados à língua e ao contexto cultural do país.

O exame breve do estado mental (*Mini-Mental State Examination*; MMSE) é um teste de rápida execução que avalia a orientação, atenção, retenção, linguagem e habilidade para cumprir ordens. Com uma pontuação possível que varia de zero a trinta considera-se défice cognitivo uma pontuação inferior ou igual a 15 para analfabetos, inferior ou igual a 22 para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade e inferior ou igual a 27 para indivíduos com escolaridade superior. Este teste apresenta como limitação não estar, em geral, alterado nas fases iniciais de declínio cognitivo. Dado não avaliar a função executiva considera-se que deve ser complementado com o Teste do Relógio (Alves & Caetano, 2010; Norma da DGS nº 053/2011; Pinho, 2008).

O teste de *Montreal Cognitive Assesment* (MOCA) é mais sensível na deteção das fases iniciais de declínio cognitivo e abrange vários domínios cognitivos incluindo a função executiva. A pontuação máxima é de 30, sendo considerado anormal um *score* inferior a 26. Em algumas situações poderá ser necessária uma avaliação cognitiva mais extensa, com uma caracterização mais pormenorizada dos domínios cognitivos afetados que deverá ser efetuada por profissionais especializados, nomeadamente psicólogos e outros profissionais com formação adequada (Larson, 2016; Norma da DGS nº 053/2011).

De igual relevância é a avaliação da sintomatologia depressiva que pode ser feita pela aplicação da escala de depressão geriátrica. As respostas compatíveis com depressão recebem um ponto, sendo que uma pontuação inferior a 3-5 confirma o diagnóstico. Se, por um lado, a depressão pode interferir com a cognição e ser erradamente diagnosticada como demência, por outro lado, esta pode também estar presente na demência, o que se verifica com alguma frequência (Norma da DGS nº 053/2011).

A avaliação funcional do doente permite avaliar o desempenho do indivíduo nas AVD. As questões são dirigidas ao cuidador/familiar que acompanha diariamente o doente. Pode utilizar-se, por exemplo, o questionário sobre atividades funcionais. Neste instrumento, atribui-se a pontuação de 0 a 3, conforme as atividades sejam realizadas com normalidade, com dificuldade ou ajuda, ou o indivíduo não seja capaz de executar a atividade. Com uma pontuação ≥ 9 considera-se que existe dependência funcional (Alves & Caetano, 2010; Pinho, 2008).

1.6. Exames laboratoriais e outros exames

Para identificar ou descartar causas secundárias de demência ou outras doenças associadas é necessário recorrer a uma avaliação analítica (Souza, Sarazin, Goetz & Dubois, 2009). A Academia Americana de Neurologia preconiza, numa avaliação inicial dos indivíduos com síndrome demencial, apenas o estudo da função tiroideia e o doseamento dos níveis de vitamina B12. Acrescenta que não há, até à data, dados claros que suportem a requisição, por rotina, de outros exames laboratoriais (Larson, 2016). A serologia da sífilis e do VIH não se encontra recomendada, a não ser que haja uma suspeita clínica (Larson, 2016; Souza et al., 2009).

De uma forma distinta, e de acordo com o preconizado pela Norma da DGS nº 053/2011, numa avaliação inicial devem ser pedidas análises laboratoriais ao sangue que incluam hemograma, glicémia, calcémia, ionograma sérico, função hepática, renal, tiroideia, vitamina B12, ácido fólico e teste serológico para a sífilis. Alguns autores consideram que poderá estar indicada, em situações específicas, a avaliação da ficha lipídica, nível de homocisteína e a realização de radiografia do tórax e eletrocardiograma (Pond, 2012). A punção lombar deve ser realizada em doentes com manifestações atípicas do quadro demencial, como por exemplo, em doentes jovens (<60 anos) e com demência rapidamente progressiva (Larson, 2016; Souza et al., 2009). Nestes poderá ainda estar indicada a realização dum eletroencefalograma (EEG) e testes serológicos mais específicos (Larson, 2016).

A realização de um exame neurorradiológico encontra-se indicada no sentido de excluir causas tratáveis de declínio cognitivo e fornecer informação para determinar as causas específicas de demência (alterações vasculares, abscessos, hematoma subdural e hidrocefalia de pressão normal) (Darrow, 2015; Norma da DGS nº 053/2011; Poggesi & Pantoni, 2009). Contudo, a utilização da neuroimagem nos doentes com demência é controversa. Enquanto algumas entidades aconselham a realização de um exame de imagem em todos os doentes, outras limitam-no aos doentes com apresentações clínicas atípicas (Larson, 2016; Pinho, 2008). O exame de imagem escolhido deverá ser a tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica devido ao menor custo e maior disponibilidade deste exame (Darrow, 2015; Norma da DGS nº 053/2011; Pinho, 2008). A ressonância magnética (RM) é superior na demonstração de lesões cerebrais, nomeadamente alterações isquémicas, podendo ser importante no diagnóstico da demência vascular (Norma da DGS nº 053/2011). Alguns autores consideram que esta poderá ser útil na avaliação de doentes que apresentem pelo menos uma das seguintes características: demência em idade inferior a 65 anos; início súbito e rápida progressão dos sintomas; presença de défices neurológicos focais; clínica compatível com hidrocefalia de pressão normal (ataxia, incontinência urinária, declínio cognitivo); antecedente de traumatismo crânio-encefálico recente (Darrow, 2015; Pinho, 2008).

1.7. Seguimento do doente

Após a confirmação da suspeita clínica de demência é imprescindível a referenciação atempada aos cuidados de saúde secundários para a instituição da terapêutica farmacológica adequada. No entanto, em paralelo, ou previamente ao início do tratamento farmacológico, deverá implementar-se uma abordagem não-farmacológica, de forma a estabilizar ou melhorar a função cognitiva e a reduzir os sintomas psicológicos e comportamentais característicos da demência (Alves & Caetano, 2010;

Darrow, 2015; Holzer et al., 2013). Esta abordagem deve ser multidisciplinar e englobar não só o médico de família, mas o cuidador/familiares, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais (Figura 1).

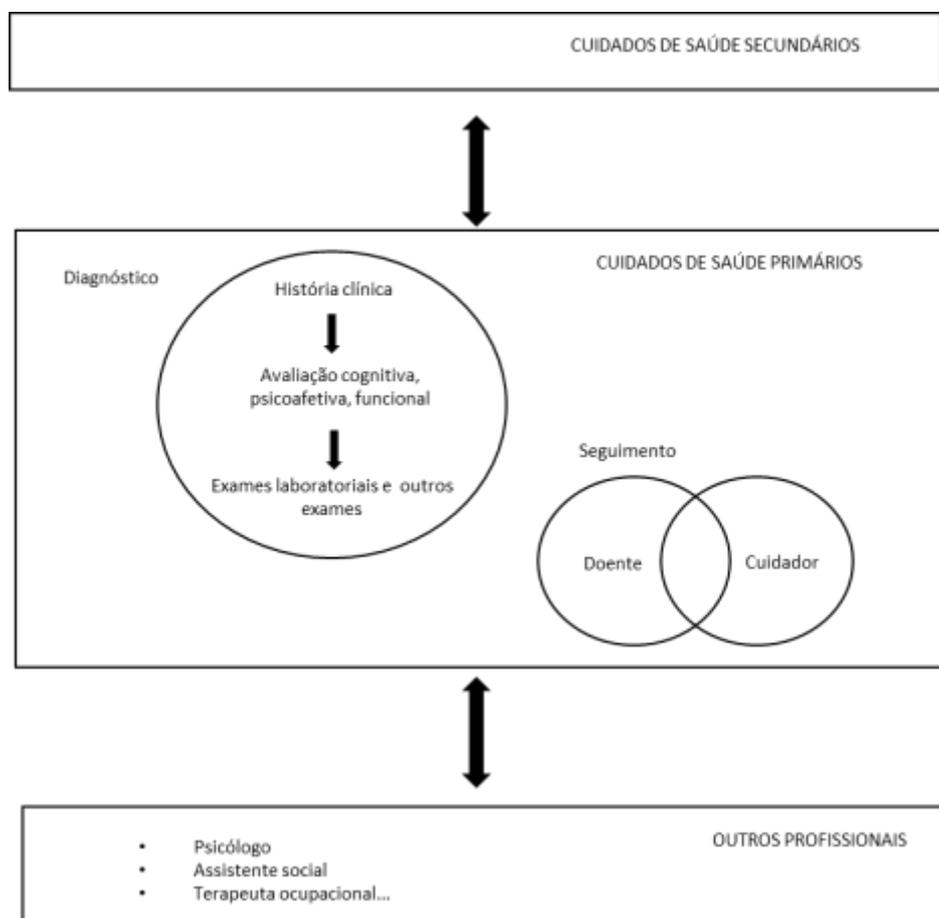


Figura 1 – Abordagem da demência nos cuidados de saúde primários

O médico de família deve informar o doente e cuidador sobre os recursos existentes na comunidade e que podem ser úteis para melhorar a qualidade de vida do doente, tais como, centros de dia, cuidados continuados no domicílio e instituições de internamento. Deve também facultar informação sobre grupos de apoio e gerir as necessidades do doente e da sua família de forma a acompanhar o doente na evolução da doença. Além disso, é importante agendar consultas na unidade de saúde, com uma periodicidade de 4 a 6 meses, e avaliar a progressão da doença, intercorrências, estado de nutrição e de higiene, segurança no domicílio e adesão à medicação. A realização de pelo menos uma visita domiciliária é de extrema relevância para averiguar as condições de segurança no domicílio e recomendar, se exequível os ajustes necessários (Alves & Caetano, 2010).

É necessário familiarizar o doente com o meio envolvente (retratos, objetos antigos, etc) e introduzir o mais possível uma rotina nas atividades diárias, por exemplo, estabelecer um horário para as refeições, medicação e para o deitar. O exercício físico simples e a prática de atividades lúdicas, como o dançar, cantar ou jogar parecem ser efetivas na redução da ansiedade e de alguns sintomas comportamentais encontrando-se recomendados (Darrow, 2015). Convém também estar atento à possibilidade de mudança de cuidador ou adição de novos cuidadores já que tal situação pode ser geradora de agitação e confusão (Alves & Caetano, 2010).

Importa referir ainda o papel crucial do cuidador no seguimento do doente com demência. A criação de uma parceria entre o médico de família e o cuidador introduz uma melhoria na abordagem e tratamento do doente com demência. Muitos dos cuidadores são da mesma idade ou até mais velhos e importa atender ao cuidador ele próprio também como doente. Eles apresentam risco aumentado de depressão e doenças físicas, como sejam, doenças cardiovasculares, respiratórias e hipertensão arterial (Galvin et al., 2012; Norma da DGS nº 053/2011). Além da pesquisa de sinais de *distress* (queixas de stress, perturbação do sono e outras), sobrecarga, ou sintomatologia psiquiátrica, a avaliação dos cuidadores deve incidir, igualmente, nos conhecimentos sobre a doença, expectativas do tratamento e dos serviços, qualidade da relação doente-cuidador e conflitos familiares (Boustani et al., 2007; Norma da DGS nº 053/2011). A avaliação do estado de saúde do cuidador pode conduzir à implementação de medidas que minimizem o conflito doente/cuidador e permitam atrasar a institucionalização do doente (Galvin et al., 2012).

CONCLUSÃO

O aumento da população idosa em Portugal tem sido acompanhado por um aumento do número de casos de demência. De acordo com as projeções da população efetuadas, a estimativa é de que, nas próximas décadas, este valor continue a crescer.

Esta é uma patologia complexa e progressiva que se caracteriza por alterações da memória, comportamento, personalidade e funcionamento global, cujo diagnóstico é essencialmente clínico e nem sempre é fácil numa fase inicial. Por isso, o médico de família, pela relação de proximidade com os seus utentes e o seguimento ao longo dos anos, está numa posição privilegiada para a deteção precoce da demência.

Perante a suspeita de um caso de demência aconselha-se a avaliação do doente em pelo menos duas consultas e a história clínica deve ser alargada a um cuidador/familiar próximo do doente. Esta deve ter por base os antecedentes pessoais, a história familiar, a personalidade prévia e o nível de escolaridade do doente. Adicionalmente deve proceder-se a uma avaliação cognitiva, psicoafetiva e funcional e solicitarem-se os exames laboratoriais e de imagem necessários a fim de esclarecer o diagnóstico e descartar uma causa secundária.

O papel do médico de família e outros profissionais dos CSP não deve limitar-se à avaliação inicial, mas deve estender-se também ao seguimento e orientação posterior do doente e respetivos familiares/cuidador, em estreita articulação com os vários intervenientes que constituem a rede de suporte do doente.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, R., & Caetano, A. (2010). O papel do Médico de Família no diagnóstico e seguimento dos doentes com declínio cognitivo e demência. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 26(1), 69-74.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Boustani, M., Schubert, C., & Sennour, Y. (2007). The challenge of supporting care for dementia in primary care. *Clinical Interventions in Aging*, 2(4), 631-636.
- Darrow, M. D. (2015). A practical approach to dementia in the outpatient primary care setting. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 42(2), 195-204. doi:10.1016/j.pop.2015.01.008
- Dodd, E., Cheston, R., & Ivanecka, A. (2015). The assessment of dementia in primary care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 731-737.
- Galvin, J. E., & Sadowsky, C. H. (2012). Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25, 367-382. doi: 10.3122/jabfm.2012.03.100181
- Holzer, S., Warner, J., & Iliffe, S. (2013). Diagnosis and management of the patient with suspected dementia in primary care. *Drugs Aging*, 30(9), 667-76. doi: 10.1007/s40266-013-0098-4
- Larson, E.B. (2016). *Evaluation of cognitive impairment and dementia*. Obtido de www.uptodate.com
- Norma da Direção Geral da Saúde, Nº 053/2011, *Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0532011-de-27122011.aspx>
- Pinho, L. F. (2008). *Demência: A marcha diagnóstica no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários* (Dissertação de Mestrado em Medicina). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Poggesi, A., & Pantoni, L. (2009). Investigations in primary care. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 24, 66-78. doi: 10.1159/000197885
- Pond, D. (2012). Dementia an update on management. *Australian Family Physician*, 41(12), 936-939.
- Rodrigues, A. P., Sousa-Uva, M., Galvão, C., Nunes, B., & Dias, C. M. (2014). Prevalência de demências na população sob observação da Rede de Médicos-Sentinela em 2006. *Boletim epidemiológico de observações*, 3(10), 9-10.
- Samsi, K., & Manthorpe, J. (2014). Care pathways for dementia: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2055-2063.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188.
- Souza, L. C., Sarazin, M., Goetz, C., & Dubois, B. (2009). Clinical investigations in primary care. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 24, 1-11. doi: 10.1159/000197897
- Nunes, B., Silva, R. D., Cruz, V. T., Roriz, J. M., Pais, J., Silva, M. C. (2010). Research article Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*, 10(42), 1-12. doi: 10.1186/1471-2377-10-42

Millenium, 2(3), 45-52.

PREVENÇÃO DE QUEBRAS CUTÂNEAS NO IDOSO DEPENDENTE: CONTRIBUTO DA METODOLOGIA DE CUIDAR HUMANITUDE

PREVENTION OF SKIN TEARS IN THE DEPENDENT OLDER PERSON: CONTRIBUTION OF THE HUMANITUDE CARE METHODOLOGY

PREVENCIÓN DE SKIN TEARS EN EL ANCIANO DEPENDIENTE: CONTRIBUCIÓN DE LA METODOLOGÍA CUIDAR HUMANITUDE

Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo¹

Ana Celina Ôlo Pereira¹

Erica Melissa da Silva Fernandes¹

Neide Vanessa Martins de Freitas¹

Andreia Sofia Pereira de Melo²

¹*Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científica e Pedagógica de Enfermagem Fundamental, Coimbra, Portugal*

²*Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências e Tecnologias, Departamento de Ciências da Vida, Coimbra, Portugal*

Rosa Cândida Melo - rosamelo@esenfc.pt | Ana Celina Pereira - celina_olo@hotmail.com | Erica Melissa Fernandes - erica.msfernandes@hotmail.com |
Neide Vanessa Freitas - neidevmfreitas@gmail.com | Andreia Sofia Melo - anderiaspmelo@gmail.com

Autor Correspondente

Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo

Rua 5 de Outubro (Polo B) Apartado 7001, 3046-851 Coimbra,
Portugal

rosamelo@esenfc.pt

RECEBIDO: 22 de novembro de 2016

ACEITE: 06 de abril de 2017

RESUMO

Introdução: O envelhecimento caracteriza-se pelo declínio das capacidades físicas e cognitivas aumentando a suscetibilidade do idoso à dependência. Este fator, juntamente com as alterações fisiológicas da pele potenciam o aparecimento de quebras cutâneas. Estas feridas são frequentes nos idosos e muitas vezes estão relacionadas com a forma como são cuidados, daí a importância de cuidar com humanidade evitando intervenções em força.

Objetivos: Analisar as evidências científicas, relacionadas com o contributo de cuidar com humanidade na redução da agitação e prevenção de quebras cutâneas no idoso dependente.

Métodos: Revisão Integrativa da Literatura dos artigos publicados no período de 2011 a 2016, disponíveis na íntegra em português e inglês, nas bases de dados EBSCOhost e Google Académico.

Resultados: De um total de 75 artigos após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obteve-se um total de 5 artigos.

Conclusões: Os estudos evidenciam que a aplicação da Metodologia de Cuidar Humanidade, por utilizar técnicas suaves no cuidar, demonstra particular efetividade em idosos dependentes, reduzindo os comportamentos de agitação patológica e oposição/recusa aos cuidados, prevenindo as forças de cisalhamento, fricção e contusão na pele.

Palavras-chaves: Humanidade; cuidados de enfermagem; idosos; agitação; quebras cutâneas.

ABSTRACT

Introduction: Aging is characterized by a decline in physical and cognitive abilities, increasing the susceptibility of the elderly to dependence. This factor, along with the physiological skin changes enhance the appearance of skin tears. These wounds are frequent in the elderly and are often related to how they are cared for so it's important to care with Humanity avoiding interventions in force.

Objectives: To analyze current scientific evidence related to the contribution of caring with humanity in reducing the agitation of people cared for, as well as in the prevention of skin tears in the elderly dependent.

Methods: Integrative Review of Literature of the articles published between 2011 and 2016, with the full text available in Portuguese and English, at the databases EBSCOhost and Google Scholar.

Results: Of a total of 75 articles after the inclusion and exclusion criteria, a total of 5 articles were obtained.

Conclusions: The studies evidenced that the application of the Methodology of Care Humanity, by using gentle techniques in caring for the person demonstrates particular effectiveness in the dependent elderly, reducing the behaviors of pathological agitation and opposition/refusal of care, preventing shear forces, friction and bruising on the skin.

Keywords: Humanity; nursing care; elderly people; agitation; skin tears.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento se caracteriza por la disminución de las capacidades físicas y cognitivas aumentando la susceptibilidad del anciano a la dependencia. Este factor, junto con los cambios fisiológicos de la piel potencia el apareamiento de lesiones cutáneas laceradas. Estas heridas son comunes en los ancianos y, a menudo están relacionadas con la forma como son cuidados por eso es importante el cuidar con humanidad evitando el uso de intervenciones en fuerza.

Objetivos: Analizar las evidencias científicas disponibles actualmente relacionadas con la contribución de cuidar en humanidad en la reducción de la agitación de las personas cuidadas, y también la prevención de lesiones cutáneas laceradas en el anciano dependiente.

Métodos: Revisión Integradora de la Literatura de los artículos publicados entre 2011 y 2016, disponibles en la íntegra en portugués e inglés, en las bases de datos EBSCOhost y Google Académico,

Resultados: De un total de 75 artículos después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo un total de 5 artículos.

Conclusiones: Los estudios demuestran que la aplicación de la Metodología Cuidar Humanidade, mediante el uso de técnicas suaves en el cuidado de la persona, muestra una efectividad particular en los ancianos dependientes, reduciendo los comportamientos de agitación patológica y la oposición/rechazo a los cuidados, previniendo las fuerzas de cizallamiento, la fricción y contusión en la piel.

Palabras Clave: Humanidad; cuidados de enfermería; ancianos; agitación; lesiones cutáneas laceradas.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento caracteriza-se pelo declínio natural das capacidades físicas e cognitivas do idoso, aumentando a sua suscetibilidade à dependência. Este fator, juntamente com as alterações fisiológicas da pele potenciam o aparecimento de quebras cutâneas (LeBlanc & Baranoski, 2014). Estas lesões são feridas traumáticas resultantes de forças de atrito ou cisalhamento, levando à separação da epiderme da derme, podendo resultar em perda total, parcial ou sem perda de tecido (Battersby, 2009). Este tipo de feridas são um acontecimento frequente nos idosos dependentes (LeBlanc & Baranoski, 2009, 2011).

Apesar das quebras cutâneas terem um impacto negativo na saúde física e psicossocial do idoso e os custos do tratamento serem significativos, estas lesões são subvalorizadas nas nossas instituições (Ribeiro, 2013; Santos, Gomes, Barreto, & Ramos, 2013).

É essencial que os enfermeiros possuam conhecimento acerca da prevenção de quebras cutâneas, não só pela adoção de medidas definidas internacionalmente, mas também através da utilização de metodologias de cuidar inovadoras e adequadas à individualidade da pessoa idosa cuidada baseadas na melhor evidência científica disponível. Assim pareceu-nos pertinente realizar uma revisão da literatura que pretende responder à seguinte questão de investigação: “Qual o contributo da Metodologia de Cuidar Humanidade na redução da agitação e prevenção de quebras cutâneas no idoso dependente?”

Os resultados de alguns estudos evidenciam que é importante que o enfermeiro tenha em atenção esta problemática e que intervenha, de forma a reduzir a prevalência e incidência de quebras cutâneas durante os cuidados a idosos dependentes evitando movimentos bruscos e utilizando técnicas adequadas na mobilização e transferências (Stephen-Haynes, 2012; LeBlanc e Baranoski, 2014). No entanto, estes autores não operacionalizam e sistematizam a forma de realizar esses procedimentos e que técnicas utilizar.

A Metodologia de Cuidar Humanidade é uma ferramenta importante na redução do risco destas complicações durante os cuidados, por operacionalizar, com técnicas precisas e replicáveis, a forma como se deve estabelecer a interação com a pessoa cuidada. Esta metodologia de cuidar demonstra particular efetividade em doentes dependentes e com alterações cognitivas, evitando comportamentos de agitação patológica através da captura sensorial que se desenvolve em 5 etapas: pré-preliminares, preliminares, *rebouclage* sensorial, consolidação emocional e marcação do reencontro (Gineste & Pellissier, 2008; Phaneuf, 2010; Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2011; Salgueiro, 2014). Segundo os mesmos autores, o enfermeiro que cuida, utilizando os princípios da filosofia Humanidade, nunca realiza cuidados em força, nem em surpresa, centrando a sua atenção na conservação das suas forças de vida e promovendo a sua autonomia e independência, previne complicações e danos físicos e psicológicos durante a prestação de cuidados.

Este estudo tem como objetivos identificar as principais evidências científicas relacionadas com os fatores de risco das quebras cutâneas, no idoso dependente, e perceber qual o contributo da Metodologia de Cuidar Humanidade na sua prevenção.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento da população portuguesa, resultante do aumento da esperança média de vida e da diminuição da natalidade, é hoje uma questão prioritária em saúde (Firmino, Nogueira, Neves, & Lagarto, 2014).

Desde as últimas décadas, as alterações demográficas têm suscitado a atenção para o problema da velhice, geralmente associado à maior incidência de dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD's) (Sequeira, 2007).

Com o aumento do índice de envelhecimento, surge também uma maior prevalência de doenças degenerativas (OMS, 2016; INE, 2016), sendo as alterações do comportamento da pessoa cuidada o maior preditor de institucionalização (OCDE, 2015). Esta situação levanta sérios desafios aos cuidadores pela dificuldade em cuidar destas pessoas, levando-os, muitas vezes, a prestar cuidados em força (Delmas, 2013), ou utilizar restrições físicas que, por vezes, agitam mais a pessoa (Faria, Penaforte, & Martins, 2012), podendo provocar quebras da continuidade cutânea devido à fragilidade da pele quando aplicadas forças mecânicas (Souza & Santos, 2006). LeBlanc e Baranoski (2011) referem que com o passar dos anos os indivíduos desencadeiam um processo de perda de tecido subcutâneo e perda de espessura da pele assim como da elasticidade e força tênsil. Stephen-Haynes e Carville (2011) sustentam esta afirmação ao relatarem uma perda de 20% na espessura da derme, e consequentemente uma redução na irrigação sanguínea e colagénio.

Apesar de serem lesões encaradas com menor gravidade, quando comparadas com as feridas crónicas, as quebras cutâneas são dolorosas devido à sensibilidade estar exacerbada (Souza & Santos, 2006). Segundo LeBlanc e Baranoski (2011) as taxas de prevalência são maiores ou iguais às taxas de úlceras de pressão. No entanto, este tipo de lesões muitas vezes não é reportado, o que significa que a incidência das quebras cutâneas é maior do que se prevê.

Segundo LeBlanc e Baranoski (2011), as quebras cutâneas são feridas traumáticas frequentes nas pessoas idosas com pele vulnerável, que ocorrem principalmente nas extremidades do corpo, como resultado de fricção. Recentemente, a sua definição foi revista pelo International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) que define quebras cutâneas como feridas causadas por cisalhamento, fricção e/ou força bruta, resultando na separação das camadas da pele e originando uma rutura da pele (Ribeiro, 2013).

Segundo LeBlanc e Baranoski (2011), as causas mais comuns das quebras cutâneas incluem os movimentos da pessoa ou cuidador associados à utilização de ajudas técnicas, equipamentos médicos, mobiliário ou fatores ambientais. Para estes autores os períodos do dia de maior ocorrência são das 6:00 às 11:00 horas e das 15:00 às 21:00 horas, períodos onde se verifica maior atividade/prestação de cuidados. Sendo os idosos dependentes e predispostos a quedas, transferências e que necessitam de ajuda nas AVD's, os mais afetados (LeBlanc & Baranoski, 2011).

O ISTAP concebeu um conjunto de diretrizes para a prevenção, identificação e tratamento de quebras cutâneas. Uma dessas diretrizes é a avaliação do risco de ocorrência de uma quebra cutânea. Os fatores de risco estão divididos em três categorias: estado geral de saúde, mobilidade e pele. Os fatores relativos ao estado geral de saúde são as doenças crónicas e/ou agudas, polimedicação, défice cognitivo, sensorial, visual, auditivo e nutricional. Os fatores relacionados com a mobilidade são os antecedentes de quedas, défice na mobilidade, dependência nas AVD's e trauma mecânico. No entanto, alguns estudos evidenciam que idosos com diminuição da função cognitiva e motora e que apresentem estados de agitação, apresentam risco acrescido de desenvolver quebras cutâneas (LeBlanc & Baranoski, 2011).

Cuidar destas pessoas pode revelar-se uma dificuldade acrescida por incompreensão do comportamento apresentado (Pinto & Queirós, 2015), levando os cuidadores a utilizarem técnicas desajustadas e incompreendidas pela pessoa cuidada aumentando a sua agitação (Gineste & Pellissier, 2008). Assim, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 7) "o maior desafio que se coloca à enfermagem passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos", inovando e melhorando as ferramentas metodológicas.

A Metodologia de Cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®), também designada de Metodologia de Cuidar Humanidade, tem revelado ser uma ferramenta de cuidar, que operacionaliza a relação, com resultados muito positivos na redução de comportamentos de agitação e de oposição/recusa aos cuidados (Araújo, Alves, & Oliveira, 2012; Araújo, Melo, & Alves, 2014). Esta metodologia de cuidar foi desenvolvida por Gineste e Marescotti e tem por base a filosofia da Humanidade (Gineste & Pellissier, 2008).

A MGM® assenta em quatro pilares fundamentais: olhar, palavra, toque e verticalidade, promove a sistematização e a profissionalização da relação através de uma Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos, permitindo a captura sensorial da pessoa cuidada (Phaneuf, 2010; Simões et al., 2012; Salgueiro, 2014).

A captura sensorial pressupõe 5 etapas dinâmicas e sucessivas que vão dos pré-preliminares e preliminares, que correspondem à preparação do cuidado; "rebouclage" sensorial ou realização do cuidado; e a consolidação emocional, que corresponde ao fecho do cuidado e marcação do reencontro, para evitar sentimento de abandono (Gineste & Marescotti, 2008; Simões et al., 2012; Salgueiro, 2014).

A primeira etapa diz respeito aos pré-preliminares do cuidado (bater à porta do quarto e/ou na barra dos pés da cama, ficando atento à resposta), tendo como objetivo preparar a pessoa para o encontro com o enfermeiro e evitar cuidados em surpresa. Esta técnica permite respeitar a privacidade, a liberdade e a autonomia (Simões et al., 2012; Salgueiro, 2014).

A segunda etapa são os preliminares do cuidado, que têm como objetivo estabelecer uma relação de confiança, promovendo a aceitação do cuidado através da utilização de três pilares fundamentais: olhar, palavra e toque (Gineste & Pellissier, 2008, Simões et al., 2012). Segundo estes autores, o olhar permite estabelecer a ligação com a pessoa cuidada captando a sua atenção. Deve ser axial, horizontal, longo e próximo para a promoção de uma relação de igualdade, franqueza, confiança, ternura e intimidade (Salgueiro, 2014).

Segundo Gineste e Pellissier (2008), após a captura do olhar, segue-se a palavra que deve ser suave, melodiosa, grave, anunciadora e descritiva. Para estes autores, se este canal de comunicação for aberto eficazmente, com recurso a palavras positivas, permitirá reduzir a agitação, promovendo o bem-estar da pessoa cuidada.

O toque, como parte essencial de comunicação não-verbal, deve ser iniciado através das zonas sociais (ex: aperto de mão) ou zonas neutras (ex: mão, braço e ombro). Deve ser mantido continuamente até ao fim do cuidado, no sentido de promover uma ligação efetiva com a pessoa idosa (Gineste & Pellissier, 2008).

Após o consentimento para o cuidado, inicia-se a terceira etapa: "rebouclage" sensorial. Esta etapa traduz-se por um estado de bem-estar que se obtém quando todas as entradas sensoriais (visão, audição, tato) são positivamente coerentes provocando relaxamento muscular e facilitando a prestação dos cuidados (Simões et al., 2011; Salgueiro, 2014).

Segundo Gineste e Pellissier (2008) quando estamos perante uma pessoa com comportamentos de agitação e com incapacidade de comunicação verbal, existem técnicas como o auto feedback que consiste num discurso preditivo (anunciar o que vai ser feito) e descritivo (descrever positivamente o cuidado que está a ser prestado), envolvendo a pessoa no cuidado, evitando abordagens em surpresa e cuidados em força.

No final do cuidado, dá-se início à quarta etapa, a consolidação emocional. O enfermeiro ao reforçar positivamente a pessoa cuidada através da valorização do encontro, do seu esforço, da colaboração e progressos durante os cuidados, promove uma impressão positiva que é registada na memória emocional durante o sono reparador (Gineste & Pellissier, 2008; Simões et al., 2012; Salgueiro, 2014). Deste modo, esta memória afetiva influenciará positivamente os próximos momentos de cuidados, diminuindo os quadros de agitação e agressividade (Phaneuf, 2010). A marcação do reencontro é o momento em que o

enfermeiro se despede da pessoa cuidada e marca um novo reencontro e tem como principais objetivos evitar a sensação de abandono e de desprezo da pessoa cuidada (Gineste & Pellissier, 2008).

Esta metodologia de cuidar dispõe de técnicas relacionais caracterizadas pela suavidade, nomeadamente o “toque ternura”, que impõe a eliminação do agarrar em “pinça” (agarrar o pulso ou antebraço de um idoso, rodeando-o com a mão). Esta forma de agarrar, que implica exercer uma pressão com a ponta dos dedos, magoa e provoca hematomas, ou mesmo, lesões, nos antebraços dos idosos (Gineste & Pellissier, 2008). Para estes autores o enfermeiro deve profissionalizar e humanizar o toque para que este seja interpretado como um toque de reconhecimento e fator de promoção do bem-estar da pessoa idosa.

A MGM® respeita as regras da arte da gerontologia moderna defendendo o fim dos cuidados em força que atentam contra a integridade física e psicológica da pessoa cuidada e despoletam comportamentos de agitação (Simões et al., 2011; Salgueiro, 2014).

Assim, é necessário a adoção de formas de cuidar que permitam humanizar o cuidado evitando a prestação de cuidados em força. Neste sentido, a profissionalização do cuidar é um imperativo ético, garantindo a promoção de um ambiente protetor para que a pessoa, numa situação de vulnerabilidade, seja respeitada como um ser humano e sem dano (Phaneuf, 2010; Salgueiro, 2014).

2. MÉTODOS

Neste estudo foram seguidos os princípios da Revisão Integrativa da Literatura (RIL), procurando dar resposta a uma questão de investigação previamente formulada tendo por base a estratégia PI@OD (Participantes; Intervenção; Outcomes e Desenho do estudo) (Ramalho, 2005).

Neste sentido, foi formulada a seguinte questão de investigação: “Qual o contributo de cuidar em Humanidade na redução da agitação e prevenção de quebras cutâneas em idosos dependentes?”.

2.1 Bases de pesquisa

Para a concretização desta RIL realizou-se uma pesquisa nas seguintes bases de dados: EBSCOhost, que inclui a MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text e Academic Search Complete e Google Académico. Para a seleção dos estudos utilizaram-se os seguintes descritores: Humanidade, cuidados de Enfermagem (nursing care), cuidar (care), idosos (elderly), prevenção (prevention), quebras cutâneas (skin tears), agitação (agitation). Todos os descritores foram combinados entre si.

2.2 Critérios de Inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos disponíveis eletronicamente nas bases de dados supracitadas. Foram incluídos artigos publicados no período de janeiro de 2011 a outubro de 2016, nos idiomas de português e inglês, que responderam à questão de investigação e estavam disponíveis na íntegra. Após análise do texto completo realizada por todos os autores, entre os 75 artigos encontrados, 5 responderam aos critérios de inclusão.

Adotaram-se os seguintes critérios de exclusão: artigos que não abordassem a temática relevante para a pesquisa; não estivessem completos eletronicamente; escritos fora do período delimitado e noutra língua; e estudos que envolvessem crianças e adultos.

3. RESULTADOS

Dos 5 artigos selecionados, apresenta-se de seguida, na tabela 1, uma informação sinótica por ordem cronológica.

Tabela 1. Principais resultados dos estudos

Estudo	Principais Resultados
Simões, Rodrigues, & Salgueiro (2011)	<p>-A implementação da Metodologia de cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®) promove a aceitação dos cuidados, prevenindo os comportamentos de agitação durante os cuidados.</p> <p>-Os cuidados de humanidade dirigem-se de forma prioritária às pessoas dependentes e em situação crítica e vulnerável;</p> <p>-Tocar com suavidade é uma técnica de cuidar que permite a ligação efetiva com a pessoa dependente.</p> <p>- A conjugação dos pilares da humanidade permite a aproximação às boas memórias das pessoas doentes, bem como o seu apaziguamento.</p>

Estudo	Principais Resultados
Simões, Salgueiro, & Rodrigues (2012)	-Após a aplicação do cuidar em humanidade, evidenciou-se uma diminuição acentuada dos Comportamentos de Agitação Patológica, bem como uma menor oposição aos cuidados. -Observaram que durante os cuidados de higiene o toque duro (a mão em garra e em pinça) e as mobilizações realizadas em força provocaram respostas negativas nas pessoas cuidadas como agitação e oposição aos cuidados. -O estudo concluiu que faltava aos enfermeiros formação sobre as técnicas relacionais, nomeadamente como olhar, falar, tocar e promover a verticalidade.
Stephen-Haynes (2012)	- Foi evidenciado que apesar de ser importante saber tratar as quebras cutâneas, mais importante é preveni-las através da criação de um ambiente seguro e a utilização de técnicas de posicionamento e transferências cuidadosas e adequadas para diminuir as forças de fricção e cisalhamento. -Defende ainda que deveriam existir manuais com técnicas corretas para os cuidadores utilizarem durante os cuidados.
LeBlanc & Baranoski, (2014)	-Estima-se que as quebras cutâneas tenham uma prevalência igual ou superior à das úlceras de pressão. -O ISTAP criou um conjunto de ferramentas para a prevenção, identificação e tratamento de quebras cutâneas. No âmbito da prevenção foi criado um guia para avaliar o risco de ocorrência de quebras cutâneas e um guia para auxiliar na implementação de um programa de redução do risco. -Relativamente ao programa de redução do risco de quebras cutâneas, os fatores de risco são divididos em três categorias: estado geral de saúde, mobilidade e pele. -Nas AVD's qualquer movimento brusco pode originar uma quebra cutânea. Os utentes, familiares e profissionais devem estar sensibilizados para a importância de posicionar, transferir, levantar e rodar com técnicas adequadas.
Honda, Ito, Ishikawa, Takebayashi, & Tierney (2016)	- Os profissionais de saúde apresentam dificuldade ao cuidar de pessoas com alterações cognitivas devido às alterações do seu comportamento e recusa dos cuidados. - No estudo comparativo entre dois grupos, onde foram utilizadas as técnicas convencionais na higiene e no outro grupo foram utilizadas as técnicas humanidade, verificaram-se importantes diferenças entre os dois grupos. No grupo que realizou a formação em técnicas humanidade verificou-se uma redução dos comportamentos de agitação da pessoa cuidada.

4. DISCUSSÃO

As quebras cutâneas são relatadas na literatura dos Estados Unidos e Austrália com taxas de prevalência maiores ou iguais às das úlceras de pressão (LeBlanc & Baranoski, 2014). Os estudos evidenciam que as horas de maior ocorrência de quebras cutâneas são das 6 às 11 horas e das 15 às 21 horas, horários de maior atividade de prestação de cuidados às pessoas idosas dependentes (LeBlanc & Baranoski, 2011). Esta informação coloca os enfermeiros na melhor posição para reconhecer os idosos que apresentam risco de aparecimento de quebras cutâneas e aplicar as medidas preventivas adequadas a cada situação.

O conhecimento científico sobre a anatomia da pele e as suas alterações fisiológicas no processo de envelhecimento ajudam os enfermeiros a identificar os fatores de risco. É então necessário que possuam competências não só para tratar as quebras cutâneas, mas para saberem preveni-las, através do conhecimento dos fatores predisponentes de cada pessoa cuidada (Stephen-Haynes, 2012), evitando a dor e o sofrimento que as quebras cutâneas provocam (Souza & Santos, 2006).

Para diminuir a incidência deste tipo de lesões é necessário perceber quais são os fatores que aumentam a probabilidade de estas ocorrerem. Segundo LeBlanc e Baranoski (2014), as quebras cutâneas apresentam um maior risco de ocorrerem em idosos com os défices cognitivos e dependentes nas AVD's, devido aos comportamentos defensivo-agressivos e quadros de agitação, aumentando o risco de trauma mecânico provocados por qualquer movimento brusco durante os cuidados de higiene, vestir, posicionamento e transferências. Para evitar estes movimentos bruscos, muitas vezes associados à força contrária exercida pela pessoa cuidada por não perceber o cuidado e adotar comportamentos de defesa, é fundamental negociar e envolver a pessoa no cuidado (Phaneuf, 2010; Salgueiro, 2014), utilizando técnicas de posicionamento e transferência cuidadosas e adequadas para diminuir as forças de fricção e cisalhamento (Stephen-Haynes, 2012).

Neste sentido, a Metodologia de Cuidar Humanidade, por utilizar técnicas relacionais pacificadoras, adequadas a este tipo de pessoas, tem tido resultados positivos na diminuição acentuada da resistência e/ou oposição aos cuidados e da frequência de episódios de Comportamentos de Agitação Patológica (Gineste & Pellissier, 2008 Honda et al. 2016).

Assim, para prevenir o aparecimento de quebras cutâneas nas pessoas idosas com comportamentos de agitação é fundamental a conjugação dos pilares da humanidade (olhar, palavra e toque) permitindo a aproximação às boas memórias, contribuindo para o seu apaziguamento (Simões et al 2011). Neste sentido, o enfermeiro deve prestar os cuidados com movimentos suaves, utilizando o toque amplo e suave durante todo o cuidado, evitando utilizar a mão em pinça ou em garra, para permitir uma

efetiva relação com a pessoa dependente reduzindo a agitação, oposição ao cuidado e força contrária (Simões et. al, 2011; 2012).

Esta metodologia de cuidado, além de ir ao encontro das recomendações do ISTAP para a prevenção de quebras cutâneas, contribui com técnicas relacionais replicáveis e que operacionalizam como deve ser realizado o toque, o contacto visual e a comunicação verbal e como é que os quadros de agitação/agressividade podem ser reduzidos ou evitados aplicando a sequência estruturada de procedimentos cuidadosos humanidade evitando a utilização de gestos invasivos e abordagens em surpresa (Simões et al., 2012).

CONCLUSÕES

Os estudos evidenciam que os idosos dependentes nas AVD's e com défices cognitivos, devido aos comportamentos defensivo-agressivos e quadros de agitação apresentam um maior risco de ocorrência das quebras cutâneas. Os fatores de risco mais comuns do aparecimento das quebras cutâneas incluem movimentos bruscos da pessoa ou enfermeiro, surgindo principalmente durante a prestação dos cuidados de higiene, vestir, posicionamento e transferências.

As medidas preventivas estabelecidas internacionalmente, são um forte contributo para a prevenção das quebras cutâneas, preconizando que para a redução do risco de quebras cutâneas é necessário a utilização de técnicas cuidadosas e adequadas à pessoa idosa. No entanto, verificam-se falhas ao nível da especificação e operacionalização do que são técnicas cuidadosas e adequadas.

Assim, o contexto da prestação de cuidados a pessoas com alterações do comportamento requer conhecimentos e intencionalidade em todas as suas ações. Neste âmbito a Metodologia de Cuidar Humanidade pode dar um importante contributo na operacionalização e sistematização da relação através aplicação de técnicas relacionais concretas e intencionais por parte do enfermeiro, com o objetivo de capturar sensorialmente a pessoa cuidada, através do olhar, da palavra e do toque. Estas técnicas são realizadas com movimentos suaves e num ambiente tranquilo, pondo fim à execução dos cuidados em força e em surpresa.

Os estudos evidenciaram que a aplicação do Cuidar em Humanidade diminui comportamentos de agitação psicomotora e recusa de cuidados em idosos dependentes. Deste modo, reduzem-se os movimentos bruscos, provocados pela força contrária, por parte da pessoa idosa e do enfermeiro durante os cuidados prevenindo os fatores de risco das quebras cutâneas relacionados com a agitação da pessoa cuidada, mobilidade e transferências.

Os resultados possibilitam a abertura de um espaço de reflexão e orientação para que futuramente se invista em estudos sobre esta temática, aumentando o número de artigos produzidos incrementando a produção de conhecimento sobre a prevenção das quebras cutâneas e propondo diretrizes concretas.

Futuras pesquisas poderão ser desenvolvidas para ratificar ou refutar os resultados deste estudo, analisando, sob múltiplos prismas teóricos e metodológicos, a problemática das quebras cutâneas em território Nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, J., Melo, R., & Alves, R. (2014). Cuidados em humanidade na redução dos comportamentos de agitação e recusa de cuidados. In *Atas Do Congresso Internacional De Enfermagem De Reabilitação. Referência, Suplemento 1*(IV), 49.
- Araújo, J., Alves, R., & Oliveira, O. (2012). Impacto da Metodologia de Cuidados Humanidade na redução da agitação e consumo de psicotrópicos nas pessoas idosas internadas. In Unidade de Investigação em Saúde e Escola Superior de Saúde de Leiria (Orgs.). *Livro de resumos: Congresso Internacional de Saúde do IP Leiria* (p. 135). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Battersby, L. (2009). Exploring best practice in the management of skin tears in older people. *Nursing Times*, 105(16), 22-26.
- Delmas, C. (2013). *Are difficulties in caring for patients with Alzheimer's disease becoming an opportunity to prescribe well-being with the Gineste-Marescotti® care methodology?* Recuperado de: <http://humanidade-usa.com/wp-content/uploads/2015/11/IPRIM-poster.pdf>
- Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2012). A restrição física da mobilidade: Estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 7-16.
- Firmino, H., Nogueira, V., Neves, S., & Lagarto, L. (2014). Psicopatologia das pessoas mais velhas. In Veríssimo, M.T. (Ed.), *Geriatría Fundamental: Saber e prática* (1ª ed., pp. 143-157). Lisboa: LIDEL.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanidade: Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y., & Tierney, L. (2016). Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital: A case series. *Case Reports in Medicine*. doi: 10.1155/2016/4813196.
- INE (2016). Dados estatísticos – Base de dados. Recuperado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
- LeBlanc, K., & Baranoski, S. (2009). Prevention and management of skin tears. *Advances in Skin and Wound Care*, 22(7), 325-332.
- LeBlanc, K., & Baranoski, S. (2011). Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears. *Advances in Skin and Wound Care*, 24(9), 2-15.
- LeBlanc, K., & Baranoski, S. (2014). Skin tears: The forgotten wound. *Nursing Management*, 45(12), 36-47.
- OECD (2015). OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards, OECD Publishing, Paris. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>
- Organização Mundial de Saúde (2016). *Demência*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>.
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer (2.ªed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Pinto, J., & Queirós, P. (2015). Comunicação paradoxal em contexto hospitalar: reflexão sobre as dificuldades comunicacionais entre profissionais de saúde e doentes. In *E-Boock: VI Congresso Internacional da ASPESM. A Pessoa, a família, a Comunidade e a Saúde Mental* (p. 116-227). Ponta Delgada: ASPESM.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise: Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde.
- Ribeiro, D. (2013). Validação e adaptação transcultural para a língua portuguesa em Portugal do instrumento de avaliação de skin tears, Star Skin Tear Classification System (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.14/13568>.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: um imperativo do nosso tempo: introdução à metodologia de cuidado Gineste-Marescotti*. Coimbra: IGM Portugal-Humanidade.
- Santos, É. I., Gomes, A. M. T., Barreto, E. A. S., & Ramos, R.S. (2013). Evidências científicas sobre fatores de risco e sistemas de classificação das skin tears. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 64, 16-21.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Simões, M., Rodrigues M., & Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste-Marescotti®. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 69-79.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 81-93.
- Souza, D. M., & Santos, V. L. (2006). Úlceras por pressão e envelhecimento. *Revista Estima*, 4(1), 36-44.
- Stephen-Haynes, J. (2012). Skin tears: achieving positive clinical and financial outcomes. *British Journal of Community Nursing*, 17(3), 6-16.

Millenium, 2(3), 53-61.

ESTAMOS PREPARADOS PARA DESENVOLVER AÇÕES PALIATIVAS NUMA ENFERMARIA? REVISÃO DA LITERATURA
ARE WE PREPARED TO DEVELOP PALLIATIVE ACTIONS IN A WARD? A LITERATURE REVIEW
¿ESTAMOS PREPARADOS PARA DESARROLLAR ACCIONES PALIATIVAS EN UNA ENFERMERÍA? REVISIÓN DE LA LITERATURA

Lara Cardoso¹
Diana Salgueiro²
Sónia Novais³

¹*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE, Hospital de Dia de Oncologia, Vila Nova de Gaia, Portugal*

²*Centro Hospitalar do Porto, EPE, Hospital Santo António, Departamento de Cirurgia, Cirurgia Geral - Unidade 3, Porto, Portugal*

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

Lara Cardoso - lafiquca@hotmail.com | Diana Salgueiro - diana.filipa.salgueiro@gmail.com | Sónia Novais - sonianovais@esenfcvpoa.eu

Autor Correspondente

Lara Filipa Queirós Cardoso
Rua de Santana, nº 174 R/ch Dto, 4434-521 Vila Nova de Gaia,
Portugal
lafiquca@hotmail.com

RECEBIDO: 08 de fevereiro de 2017
ACEITE: 06 de abril de 2017

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (2015) apresenta como barreira, para melhorar o acesso aos cuidados paliativos, a falta de treino e consciencialização dos profissionais de saúde.

Objetivos: Identificar que preparação possuem os enfermeiros para a prestação de ações paliativas em contexto hospitalar.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, através de pesquisa eletrónica na plataforma B-ON, utilizando a expressão: (nursing) AND (palliative care) AND (acute hospital setting) NOT (child* OR infant* OR adolescent*), obtendo seis artigos de estudos primários.

Resultados: Os estudos obtidos são representativos de um total de 2220 enfermeiros. Os artigos evidenciaram que os enfermeiros dos hospitais de agudos, apesar de serem capazes de cuidar de doentes com necessidades de cuidados paliativos, sentiram que seria importante formação nesta área, de forma a compreender melhor as necessidades destes doentes.

Conclusões: Os enfermeiros consideram que têm competências para prestar cuidados relativos a ações paliativas nas enfermarias de agudos, embora reconhecendo que deveriam ser dotados de mais formação.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados paliativos; Enfermaria de agudos.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (2015) presents as barriers to improving access to palliative care the lack of training and awareness of health professionals.

Objectives: Identify the preparation of nurses who provide care, in the acute hospital setting, to develop palliative actions.

Methods: Integrative literature review, through the electronic research in the B-ON platform, using the expression: (nursing) AND (palliative care) AND (acute hospital setting) NOT (child* OR infant* OR adolescent*), obtaining six articles of primary studies.

Results: Obtained studies are representative of a total of 2220 nurses. The articles showed that nurses from acute hospitals, despite being able to care for patients with palliative care needs, felt that training in this area would be important in order to better understand the needs of these patients.

Conclusion: Nurses consider that they have competencies to provide care related to palliative care in acute care, although recognizing that they should be provided with more formation.

Keywords: Nursing; Palliative care; Acute hospital setting.

RESUMEN

Introducción: La World Health Organization (2015) presenta como obstáculo para mejorar el acceso a los cuidados paliativos, la falta de formación y sensibilización de los profesionales de la salud.

Objetivos: Identificar la preparación de los enfermeros para desarrollar acciones paliativas, en unidades de hospitalización de adultos.

Métodos: Revisión integradora de la literatura a través de la plataforma B-ON, utilizando la expresión: (nursing) AND (palliative care) AND (acute hospital setting) NOT (child* OR infant* OR adolescent*), consiguiendo seis artículos de estudios primarios.

Resultados: Estudios obtenidos son representativos de un total de 2220 enfermeros. Todos los artículos mostraron que los enfermeros de hospitales de agudos, aunque pueden cuidar pacientes con necesidades de cuidados paliativos, consideran que sería importante la formación para poder entender mejor sus necesidades.

Conclusiones: Los enfermeros consideran que tienen habilidades para la atención de las acciones paliativas en salas de agudos, reconociendo al mismo tiempo que deben estar provistas de una mayor formación.

Palabras Clave: Enfermería; Cuidados paliativos; Unidad de hospitalización de agudos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população assim como o aumento da incidência de doenças crónicas fazem aumentar a esperança média de vida, mas não a qualidade de vida, aumentando, por conseguinte, o número de doentes que carecem de cuidados paliativos. De acordo com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017/2018 (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos - CNCP, 2016) os doentes que carecem destes mesmos cuidados tornam-se num problema de enorme impacto social e de importância crescente, contudo, sendo os recursos limitados, não é possível ter especialistas nem unidades de cuidados paliativos para cuidar de todas estas pessoas.

Na Carta de Praga (European Association for Palliative Care – EAPC, 2009) apelou-se ao acesso aos cuidados paliativos como uma obrigação legal por parte dos governos, tal como é reconhecida pelas Nações Unidas, sendo os governos convidados a

desenvolver políticas sociais e de saúde centradas nos doentes, procurando integrar os cuidados paliativos nos demais serviços de saúde e garantir que a legislação inclua apoio aos familiares dos doentes. Mais ainda, o acesso aos cuidados paliativos é também reclamado como um direito humano por associações internacionais. Contudo, segundo dados de julho de 2015, da OMS em cada ano estima-se que 40 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos, mas apenas 14% dessas pessoas tem acesso aos mesmos, números que tendem a aumentar pelos factos acima referidos.

De acordo com a OMS (2015), os cuidados paliativos consistem numa abordagem clínica que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação paliativa e das suas famílias, que enfrentam problemas associados à compensação de sintomas e de fim de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação eficaz e gestão da dor, assim como de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro) define-os como cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio.

A OMS (2015) reitera ainda que os cuidados paliativos são explicitamente reconhecidos no âmbito do direito humano à saúde. Acrescenta ainda que são cuidados que devem ser fornecidos através de serviços centrados na pessoa e que prestem especial atenção às necessidades e preferências dos indivíduos, possibilitando aos doentes viver tão ativamente quanto possível até à morte.

Os cuidados paliativos são mais eficazes quando considerados no início do curso da doença, pois não só melhoram a qualidade de vida dos doentes, mas também reduzem internamentos e uso de serviços de saúde desnecessários. Por conseguinte, a prestação de cuidados paliativos deve ser considerada um dever ético dos profissionais de saúde (*Ibidem*).

O hospital, tal como o conhecemos, vocacionou-se e estruturou-se para tratar ativamente a doença, em fase aguda e com intuito curativo; sendo que, quando se verifica a falência dos tratamentos e a pessoa se aproxima da morte, por vezes o hospital tem dificuldades na gestão dos cuidados. Consequentemente, tal como referem Bloomer, Endacot, O'Connor e Cross (2013), apesar de os cuidados paliativos terem como princípio procurar a qualidade de cuidados no fim de vida, muitos doentes morrem em hospitais de agudos, recebendo ainda cuidados agressivos e de reanimação.

No entanto, segundo Milligan (2012) o ambiente hospitalar é cada vez mais considerado como uma área importante para a prestação de cuidados paliativos, dado que um número significativo de doentes, com doença avançada, tem necessidade de cuidados paliativos, alguns dos quais podem ser providenciados no hospital, nomeadamente através de ações paliativas.

Robinson, Gott e Ingleton (2014) defendem que na maioria dos países desenvolvidos, os hospitais de agudos desempenham um papel significativo na prestação de ações paliativas e são o cenário em que a maioria das pessoas morre.

As ações paliativas, de acordo com a Lei n.º 52/2012 (p. 5119), são “medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva”.

É desta forma fulcral entender que, tal como refere o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017/2018 (CNC, 2016), existem dois níveis de cuidados, a abordagem paliativa e os cuidados paliativos especializados. A abordagem paliativa é utilizada nos serviços onde ocasionalmente são tratados doentes com necessidades paliativas, integra métodos e procedimentos utilizados nos cuidados paliativos e deve estar presente em todo o sistema de saúde.

A OMS (2015) apresenta como uma das maiores barreiras, para melhorar o acesso aos cuidados paliativos, a falta de treino e de consciencialização dos profissionais de saúde. Porém, Milligan (2012) considera que a mais importante é a falta do reconhecimento, pela equipa multidisciplinar, da necessidade de cuidados paliativos.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2000), os enfermeiros têm uma preparação única para prestar cuidados ao doente terminal e sua família, sendo que o alívio da dor e do sofrimento constituem responsabilidade fundamental da equipa de enfermagem, constituindo-se assim elementos chave da equipa multidisciplinar. Contudo, McCourt, Power e Glackin (2013) afirmam que os enfermeiros necessitam ao longo da licenciatura de desenvolver competências para poder providenciar cuidados de maior qualidade aos doentes em fim de vida. Tal facto deveria estar salvaguardado, até porque o artigo 87º do Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2005) defende o respeito pela pessoa em fase final de vida, referindo o dever do enfermeiro acompanhar a pessoa nas diferentes etapas da fase terminal.

Por conseguinte, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2000) defende que deveriam ser incluídos na formação inicial e pós-graduada dos enfermeiros mais aspetos relativos às pessoas em situação paliativa, nomeadamente competências na avaliação e gestão da dor, respeito pelos valores culturais, a autodeterminação e o direito a uma morte digna. Esta questão mantém-se atual na medida em que o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017/2018 (CNC, 2016), refere que recentemente foi efetuado um estudo, em Portugal, que concluiu que nem todos os planos de estudos da Licenciatura em Enfermagem, detinham uma unidade curricular de cuidados paliativos obrigatória.

Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros contempla o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa na Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, dotando os enfermeiros de competências para cuidar de “pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e

familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Regulamento n.º 188/2015, p. 9967).

McCourt, Power e Glackin (2013), na sua revisão de literatura identificaram seis áreas potenciais que podem afetar a qualidade de cuidados prestada às pessoas em situação paliativa em enfermarias de agudos: a falta de conhecimento, a falta de tempo, as barreiras decorrentes da cultura dos serviços, os problemas de comunicação, o controlo de sintomas e os problemas pessoais dos enfermeiros. Para os autores supracitados, cuidar de doentes terminais é, por tudo isto, uma área que os enfermeiros, em enfermarias de agudos, consideram particularmente difícil, porque lidar com as respostas emocionais dos doentes e famílias, e com as suas próprias emoções é algo que os enfermeiros consideram stressante, frustrante e perturbador.

Gagnon e Duggleby (2014) corroboram da mesma opinião, acrescentando os fatores organizacionais e individuais como influência para a experiência dos enfermeiros, sendo que é desafiante gerir simultaneamente as necessidades divergentes de pessoas com condições agudas e em que o objetivo do tratamento visa a cura e as necessidades das pessoas em situação paliativa, num ambiente de cuidados centrado na cultura biomédica, orientada para o tratamento e recuperação.

Bloomer, Endacot, O’Connor e Cross (2013) referem que os enfermeiros consideram que cuidar, lado a lado, de doentes agudos e doentes paliativos é um desafio, sendo que cuidar de pessoas em situação paliativa surge com menor prioridade e são distribuídos menos recursos, principalmente comparando pessoas em situação crítica a pessoas em situação paliativa. De realçar que tal não pode acontecer, pois tendo presente o princípio da justiça, situações diferentes devem ser tratadas de forma diferente, tendo em conta as suas diferenças, promovendo a equidade.

Tendo em conta estes aspetos, McCourt, Power e Glackin (2013) consideram que os doentes terminais recebem melhores cuidados em serviços especializados, ou seja, unidades de cuidados paliativos. No entanto, o aumento da procura destes serviços e o facto de não existirem muitas unidades deste tipo resulta num aumento do número de pessoas em situação paliativa que são admitidos em serviços destinados a cuidados com vista à recuperação. De realçar que em Portugal, para uma população de 10 374 822 habitantes, dados do Instituto Nacional de Estatística, referentes ao ano de 2014, existem 278 vagas em unidades de cuidados paliativos, com uma taxa de ocupação de 92%, de acordo com dados de fevereiro de 2016, publicados pela Administração Central do Sistema de Saúde.

Na opinião de Milligan (2012) o hospital pode ser um lugar assustador e intimidante para passar o fim de vida. No entanto, a maioria das pessoas vai gastar pelo menos algum tempo do seu último ano de vida num hospital e a maioria destas, atualmente, são suscetíveis de morrer numa enfermaria de agudos. Otimizar os cuidados paliativos e promover uma qualidade de cuidados de fim de vida no hospital é, por conseguinte, fundamental para que o sofrimento, tão comumente associado com a doença avançada e morte, seja reduzido.

Tendo em conta o supracitado delineamos o seguinte objetivo: compreender se os enfermeiros, que prestam cuidados em unidades de internamento de adultos, estão preparados para desenvolver ações paliativas.

1. MÉTODOS

Formulado o objetivo, partimos rumo à descoberta com o propósito de determinar o estado da arte no que se refere a esta temática. Perspetivou-se assim a realização de uma revisão integrativa da literatura, sendo este um método que permite a inclusão de diversas metodologias e pode ser um determinante fundamental na prática baseada na evidência, para a enfermagem, uma vez que revisões sistemáticas e rigorosas têm potencial para apresentar um resumo dos problemas atuais em matéria de saúde (Whittemore & Knafl, 2005).

Tendo por base o objetivo supramencionado e tendo em consideração os conhecimentos que se pretendiam sintetizar, realizou-se uma pesquisa usando as palavras-chave: enfermagem, cuidados paliativos e enfermaria de agudos. Através da associação destes descritores, foi efetuada pesquisa, na plataforma B-ON (nas bases de dados CINAHL Plus with *Full Text*, ScienceDirect, Academic OneFile, Expanded Academic ASAP, General OneFile, Business Source Complete, SPORTDiscus with *Full Text*, MEDLINE, Science In Context, Informit Health Collection, Science Citation Index, Social Sciences Citation Index, Nursing Reference Center, Scopus, TDX, MedicLatina, LexisNexis Academic: Law Reviews e J-STAGE). Quanto ao período de busca dos artigos este compreendeu as duas primeiras semanas de fevereiro de 2016.

Na pesquisa utilizaram-se caracteres booleanos para conjugar os diferentes descritores, sendo que a expressão de pesquisa utilizada foi (nursing) AND (palliative care) AND (acute hospital setting) NOT (child* OR infant* OR adolescent*).

Estabeleceram-se como critérios de inclusão estudos que dessem resposta ao objetivo, publicados entre fevereiro de 2011 e janeiro de 2016, em *full text*, de abordagem qualitativa e quantitativa e disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol. Teriam que referir-se a enfermeiros que cuidam de doentes com necessidades de cuidados paliativos e ser estudos realizados com enfermeiros em serviços de internamento de adultos.

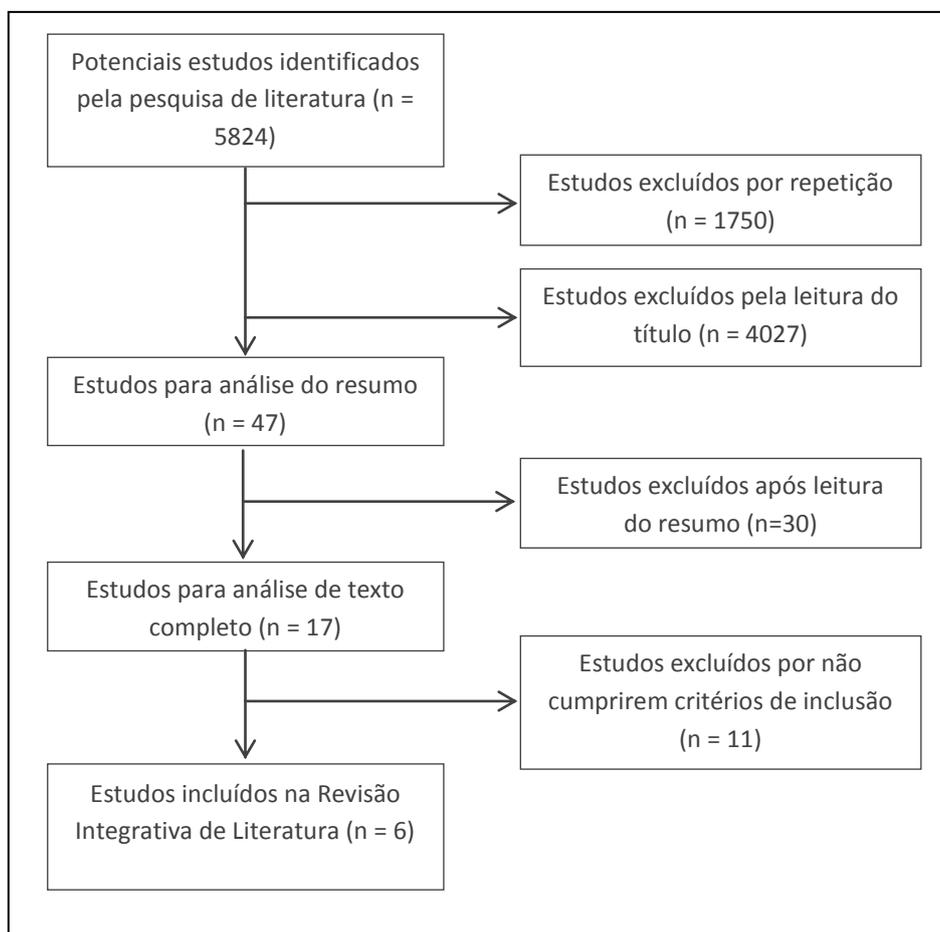


Figura 1 - Processo de seleção dos estudos incluídos

As pesquisas efetuadas conduziram a uma amostra inicial de 5824 estudos científicos. Destes, 1750 foram excluídos por repetição, 4027 pelo título e 30 pelo resumo resultando deste processo uma amostra de 17 artigos. Após a leitura integral destes 17 estudos foram excluídos 11 por inadequação aos critérios de inclusão/exclusão. Na Figura 1, apresenta-se sob a forma de diagrama o processo de seleção dos estudos incluídos.

Os seis artigos selecionados foram analisados de forma a dar resposta ao objetivo definido para este estudo. Os dados foram extraídos dos artigos no sentido de obter informação acerca do país e contexto onde o estudo se realizou, período em que foi realizado, objetivos e desenho do estudo, número e tipo de participantes, resultados obtidos e conclusões retiradas.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os seis estudos primários que satisfizeram os critérios de inclusão pré-definidos são apresentados na tabela 1, constando na mesma o autor(es), ano, país, objetivos, amostra, metodologia e principais resultados de cada artigo.

Tabela 1 – Síntese das evidências encontradas

N.º	Autor(es)/ Ano/ País	Objetivos	Amostra	Metodologia	Resultados/Conclusões
E1	Johansson, K. Lindahl, B. 2012 Suécia	Descrever o significado das experiências dos enfermeiros em cuidar de doentes com necessidades de cuidados paliativos, num hospital de agudos.	N = oito enfermeiros, de dois hospitais, sem formação em cuidados paliativos, a trabalhar há pelo menos três anos em enfermarias cirúrgicas ou médicas.	Estudo qualitativo, descritivo e interpretativo, de dezembro de 2006 a fevereiro de 2007.	Os enfermeiros evidenciam interesse pelo fim de vida, apesar de esta fase lhes causar stress. Reconhecem que é um tema relevante para a prática clínica e que deve ser mais estudado.

N.º	Autor(es)/ Ano/ País	Objetivos	Amostra	Metodologia	Resultados/Conclusões
E2	Arantzamendi, M. Addington- Hall, J. Saracibar, M. Richardson, A. 2012 Espanha	Descrever a preparação dos enfermeiros para cuidar de pessoas com necessidades de cuidados paliativos.	N = 165 enfermeiros de seis hospitais (sem unidades de cuidados paliativos) que contactaram com doentes em fase terminal.	Estudo exploratório.	Os enfermeiros apesar de se sentirem competentes fisicamente, não se sentem competentes psicologicamente. Reconhecem a falta de apoio e de formação e referem a necessidade de estudos que comprovem a importância destes aspetos, para que vejam repercussões na prestação de cuidados.
E3	Fedel, P. Joosse, L. L. Jeske, L. 2014 EUA	Compreender de que forma uma intervenção educativa e a implementação de uma ferramenta de prognóstico, pode melhorar o conhecimento dos enfermeiros, sobre cuidados paliativos, em hospitais de agudos.	N = 12 enfermeiros, de uma unidade médica, de um hospital de agudos.	Estudo quase-experimental com pré e pós teste, após a implementação de uma intervenção de educação para enfermeiros.	A educação/ formação dos enfermeiros em cuidados paliativos melhora a prática clínica, fazendo com que se sintam confortáveis com os seus conhecimentos e subsequentemente com a sua prática. Enfatizam a importância da replicação do estudo em maior escala, por forma a entender melhor quais as lacunas dos enfermeiros e a efetividade de uma intervenção educacional.
E4	Higgins, I. Van der Riet, P. Sneesby, L. Good, P. 2014 Austrália	Compreender as perceções dos enfermeiros sobre o fornecimento ou não, de nutrição e hidratação, na fase final de vida.	N = 10 enfermeiros, com experiência em cuidados paliativos em serviços de hematologia, oncologia e medicina.	Estudo qualitativo descritivo, que recorre a três focus group e entrevistas.	É necessária uma abordagem paliativa direcionada para os cuidados agudos. Os enfermeiros de cuidados agudos precisam de ser mais conscientes na abordagem paliativa e envolver-se nas tomadas de decisão.
E5	Bergenholtz, H. Jarlbaek, L. Holge-Hazelton, B. 2015 Dinamarca	Explorar a cultura dos cuidados paliativos de enfermeiros generalistas, com foco na definição, práticas e reflexões dos enfermeiros.	N = 2000 enfermeiros, de três departamentos médicos diferentes de um hospital regional.	Estudo etnográfico, entre setembro de 2012 e fevereiro de 2013.	Os enfermeiros sentem-se individualmente competentes para trabalhar em cuidados paliativos, mas afirmam que trabalhar em grupo traz mais vantagens pois conduz a uma melhor discussão, compreensão e prática de cuidados.
E6	Clark, K. Curry, T. Byfieldt, N. 2015 Austrália	Implementar um conjunto de intervenções e avaliar o impacto que estas têm na qualidade dos cuidados bem como avaliar as competências e atitudes dos enfermeiros, de como cuidar de pessoas em fim de vida.	N = 25 enfermeiros de dois serviços diferentes.	Estudo quase - experimental com pré e pós teste, após a aplicação de um feixe de intervenção para os enfermeiros.	A abordagem clínica após a intervenção mostrou que os enfermeiros identificaram e geriram melhor as necessidades dos doentes. Evidencia a necessidade de programas de educação sobre cuidados paliativos.

Os artigos apurados foram publicados entre 2012 e 2015, o que revela que esta é uma temática atual e pertinente. Estão enquadrados quer no paradigma quantitativo (E2, E3 e E6), como no qualitativo (E1, E4 e E5).

Os artigos selecionados são representativos de um total de 2220 enfermeiros de três continentes diferentes (Europa, América e Oceânia), o que vem reforçar a pertinência deste tema, não só por ser um tema atual, mas também transversal a diferentes culturas e sociedades.

Os objetivos principais dos artigos selecionados consistiram em descrever os significados das experiências dos enfermeiros em cuidar de pessoas em situação paliativa, num hospital de agudos, assim como perceber se os enfermeiros estão preparados para cuidar delas (E1 e E2). Por outro lado, dois dos estudos (E3 e E6) pretendem compreender de que forma os enfermeiros podem mudar a sua postura, a tomada de decisão e a compreensão desta temática após a implementação de uma intervenção. Os restantes dois estudos (E4 e E5) tentam compreender as experiências, opiniões e reflexões dos enfermeiros relativamente aos cuidados paliativos.

Milligan (2012) na sua revisão de literatura chegou à conclusão que a principal barreira para prestação de ações paliativas é a identificação dos doentes por parte dos profissionais de saúde, o que se verifica também num estudo apresentado por Gardiner et al. (2012), uma vez que se o estudo não tivesse sido realizado, não se tinham identificado nem os doentes com necessidades de cuidados paliativos, nem essas mesmas necessidades; de realçar que um terço dos doentes internados apresentavam necessidades de cuidados paliativos.

Deve-se assim ter em atenção os princípios defendidos no Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2005) como, por exemplo, o princípio da justiça que defende que deve ser dado a cada pessoa aquilo que necessita, tendo em conta a sua situação, sendo que se torna importante refletir sobre a distribuição de recursos em enfermarias de agudos, em que a diversidade de doentes é imensa. Desta forma, deve-se procurar sempre a equidade.

Os resultados da revisão de literatura de Gagnon e Duggleby (2014) sugerem que os enfermeiros sentem um forte compromisso para ajudar doentes terminais a vivenciar uma boa morte. Enfermeiros relataram sentir-se profundamente recompensados e privilegiados por partilhar a experiência de fim de vida com doentes / famílias, como no estudo E5.

Logicamente será necessário fazer mais investigação para perceber se os cuidados prestados ao doente terminal e sua família estão a corresponder às necessidades dos mesmos. Paralelamente quatro dos estudos acima analisados (E1, E2, E3 e E6) referem mesmo que é pertinente estudar e investir nesta área, de forma a colmatar as falhas existentes e a formar os profissionais de saúde para que se sintam mais seguros na sua prática diária.

Segundo as recomendações da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP, 2006) os cuidados paliativos são uma área com necessidade de formação específica diferenciada, sendo que esta é considerada um fator crítico no êxito das equipas. De acordo com Capelas e Neto (2010, p. 795) “para que as ações paliativas sejam uma realidade, torna-se necessário antes de mais a adequada formação dos profissionais, no sentido de melhorar os conhecimentos, competências e perícias, mas também as atitudes, pois são estas que mais claramente influenciam a mudança”. Os referidos autores evidenciam que a formação deve ser estruturada, de modo a que todos os profissionais desenvolvam competências na área dos cuidados paliativos.

Metade dos estudos analisados referem a necessidade de investir na formação, sendo que as recomendações da APCP (2006) corroboram esta mesma necessidade. Salienta, ainda, que todos os profissionais de enfermagem, que exerçam cuidados diretos à pessoa em fim de vida, carecem de formação e que esta deve ser obtida em função da frequência e intensidade do contacto de cada profissional com os doentes que necessitam de cuidados paliativos.

De acordo com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017/2018 (CNCP, 2016) a formação é um elemento essencial e determinante para a prática de cuidados paliativos de excelência. Todos os profissionais de saúde que aplicam métodos e procedimentos de cuidados paliativos em ambiente não especializado deverão ter formação básica para a prestação de cuidados e todos os profissionais que seguem com frequência doentes com necessidades paliativas deverão ter uma formação intermédia.

A aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, direcionado para a pessoa em situação crónica e paliativa, é uma mais-valia em termos formativos, pois tal como é referido no Regulamento n.º 188/2015 (p. 9968) este “utiliza estratégias baseadas na evidência, para o desenvolvimento do autoconhecimento e das capacidades das pessoas com doença crónica incapacitante, seus cuidadores e familiares”, bem como “estratégias de comunicação e de trabalho em equipa, assim como conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a ética, para tomar decisões adequadas que permitam uma proporcionalidade adequada no uso de terapêuticas invasivas e diagnósticas”.

Por conseguinte, os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica podem vir a ter um papel muito importante no que refere à formação dos restantes colegas ou à promoção desta formação, de forma a colmatar as lacunas existentes, preparando e dotando os colegas de conhecimento.

CONCLUSÕES

Os enfermeiros consideram que têm competências para prestar cuidados relativos a ações paliativas nas enfermarias de agudos, embora reconhecendo que deveriam ser dotados de mais formação. A formação na área dos cuidados paliativos contribui de forma decisiva para uma melhoria da atuação dos enfermeiros, bem como para a obtenção de competências para um bom desempenho nesta área.

Os estudos analisados evidenciam efetivamente a importância da formação e a lacuna que há relativamente a esta, contudo referem que os enfermeiros se sentem capazes, mesmo com falta de conhecimento, de cuidar de doentes em fim de vida, após

analisarem as necessidades destes.

Faz parte das competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da situação crónica e paliativa, prestar cuidados de enfermagem de forma a minimizar o sofrimento, maximizando o bem-estar, conforto e qualidade de vida; desta forma é importante que estes estejam presentes nas enfermarias de agudos.

Para que tal seja possível é necessário e emergente formar os profissionais de saúde, contribuindo para que se sintam seguros nas tomadas de decisão e que estas sejam em prol do que será melhor para o doente, respeitando os princípios da justiça, igualdade, beneficência e não maleficência.

Respondendo ao objetivo que norteia este trabalho, pode-se assim concluir, à luz da evidência científica, que efetivamente os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de internamento de adultos, não estão preparados para desenvolver ações paliativas, uma vez que para além de muitas das vezes nem sequer reconhecerem quem são os doentes com essas necessidades, quando os reconhecem não conseguem avaliar essas mesmas necessidades, o que invoca e acentua a necessidade de formação nesta área. Os próprios enfermeiros, dos estudos analisados, referem que quando munidos de informação se sentem mais confiantes para atuar e prestar cuidados de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2016). *Monitorização Mensal RNCCI – fevereiro de 2016* [em linha]. Administração Central do Sistema de Saúde, IP Web site. Acedido em março de 2016, em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Indicadores%20Mensais_fevereiro%202016.pdf.
- Arantzamendi, M., Addington-Hall, J., Saracibar, M. & Richardson, A. (2012). Spanish nurses' preparedness to care for hospitalised terminally ill patients and their daily approach to caring. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), 597–605.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP*.
- Bergenholtz, H., Jarlbaek, L. & Hølge-hazelton, B. (2015). The culture of general palliative nursing care in medical departments: An ethnographic study. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(4), 193–202.
- Bloomer, M. J., Endacott, R., O'Connor, M. & Cross, W. (2013). The "dis-ease" of dying: challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative Medicine*, 27(8), 757–764.
- Capelas, M. & Neto, I. (2010). Organização de Serviços. In *Manual de Cuidados Paliativos* (2a Edição, pp. 785–814). Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Clark, K., Curry, T. & Byfieldt, N. (2015). The effect of a care bundle on nursing staff when caring for the dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 392–398.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. 2016. *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Acedido em abril de 2017 em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2000). *Tomada de Posição do CIE: O papel dos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes terminais e suas famílias*.
- European Association for Palliative Care. (2009). *Carta de Praga* [em linha]. European Association for Palliative Care. Web site. Acedido em fevereiro de 2016, em <http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/PragueCharter.aspx>.
- Fedel, P., Joosse, L. L. & Jeske, L. (2014). Use of the palliative performance scale version 2 in obtaining palliative care consults. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 2012–2021.
- Gagnon, J. & Duggleby, W. (2014). The provision of end-of-life care by medical-surgical nurses working in acute care: A literature review. *Palliative & Supportive Care*, 12(5), 393-408.
- Gardiner, C. et al. (2012). Extent of palliative care need in the acute hospital setting: A survey of two acute hospitals in the UK. *Palliative Medicine*, 27(1), 76-83.
- Higgins, I., van der Riet, P., Sneesby, L. & Good, P. (2014). Nutrition and hydration in dying patients: The perceptions of acute care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2609–2617.
- Johansson, K. & Lindahl, B. (2012). Moving between rooms - moving between life and death: Nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2034–2043.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Principais indicadores* [em linha]. Instituto Nacional de Estatística Web site. Acedido em fevereiro de 2016, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE.
- Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. Diário da República n.º 172/2012 – I Serie. Lisboa.

- McCourt, R., James Power, J. & Glackin, M. (2013). General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(10), 510–516.
- Milligan, S. (2012). Optimising palliative and end-of-life care in hospital. *Nursing Standard*, 26(41), 48–56.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico dos enfermeiros: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Palliative Care* [em linha]. World Health Organization Web site. Acedido em fevereiro de 2016, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.
- Regulamento n.º 188/2015 de 22 de abril. Diário da República n.º 78/2015 - Parte E. Ordem dos Enfermeiros.
- Robinson, J., Gott, M. & Ingleton, C. (2014). Patient and family experiences of palliative care in hospital: what do we know? An integrative review. *Palliative Medicine*, 28(1), 18–33.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553.

Millenium, 2(3), 63-73.

DOENÇA DE HANSEN NO BRASIL: MONITORIZAÇÃO DAS INCAPACIDADES

HANSEN'S DISEASE IN BRAZIL: MONITORING OF DISABILITIES

LA LEPRO EN BRASIL: MONITOREO DE LAS DISCAPACIDADES

Liana Alencar¹

Madalena Cunha^{2,3}

¹*Município de San Martin, Recife, Brasil*

²*Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS, ESSH, Departamento de Enfermagem, Viseu, Portugal*

³*CIEC - Universidade do Minho, Portugal*

Liana Alencar - liesmeraldo@hotmail.com | Madalena Cunha - madac@iol.pt

Autor Correspondente

Madalena Cunha

Escola Superior de Saúde, Rua D. João Gomes Crisóstomo de Almeida, nº102
3500-843 Viseu, Portugal
madac@iol.pt

RECEBIDO: 24 de maio 2017

ACEITE: 30 de maio de 2017

RESUMO

Introdução: A doença de Hansen é uma patologia infectocontagiosa, curável, causada pelo *Mycobacteria Leprae*, com predileção pelo sistema nervoso periférico.

Objetivos: Determinar as formas clínicas e a classificação operacional dos portadores de doença de Hansen; Identificar o grau de incapacidade dos pacientes diagnosticados com doença de Hansen;

Métodos: Estudo transversal, com abordagem quantitativa de natureza descritiva, realizado com 104 pacientes diagnosticados com doença de Hansen. A maioria era do sexo masculino 63 (60,6%) com uma média de idades de 37 anos, 49% eram de cor parda e 34,6% detinham o ensino fundamental completo. Os dados foram retirados de: Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificáveis – SINAN em 2014; - Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada para avaliação do Grau de Incapacidades, (Brasil, 2010, p.35), extraída do Manual de Prevenção de Incapacidades (Brasil, 2008, p. 112-113).

Resultados: A classificação operacional dos portadores de doença de Hansen revelou que 47,1% eram paucibacilares e 52,9% multibacilares e que 31,7% foram diagnosticados com a forma Dimorfa e 25,9% Tuberculóide. O Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico foi o seguinte: Grau 0 - 73 (70,20%); Grau I - 17 (16,35%) e 9 (8,65%) possuíam deformidades instaladas de Grau II. Os *odds ratios* indicam de forma significativa que o risco das mulheres com doença de Hansen não apresentarem incapacidades físicas no *momento do diagnóstico*, é cerca de 4 vezes superior ao dos homens (OR= 3,868; IC 95%= 1,316-11,368).

Conclusões: A ocorrência de incapacidades originadas pela doença de Hansen sobretudo nos homens é ainda um problema de saúde pública no Brasil, pelo que a busca ativa de casos na comunidade, o exame dos contatos domiciliares, o acompanhamento dos pacientes pelas unidades de saúde, as campanhas educativas e investigações com alunos nas escolas são exemplos de políticas que devem ser implementadas para que se consiga erradicar a endemia e reduzir as suas sequelas.

Palavras-chave: Doença de Hansen; Lepra, Doença Granulomatosa Crônica, Incapacidade Física.

ABSTRACT

Introduction: Hansen's disease is an infecto-contagious, chronic and curable disease, caused by the *Mycobacterium Leprae* with a preference for the peripheral nervous system.

Objectives: To determine the clinical forms and the operational classification of patients suffering from Hansen's disease; to identify the disability grade of patients diagnosed with Hansen's disease.

Methods: Cross-sectional study with a quantitative approach of a descriptive nature performed on 104 patients diagnosed with Hansen's disease. Most were male, 63 (60.6%), with an average age of 37 years, 49% had *parda* complexion and 34.6% had an elementary education level.

Data was collected from the: Notifiable Diseases Information System – SINAN in 2014; Simplified Neurologic Assessment Form for assessing the Grade of Disability (Brasil, 2010, p.35), taken from the Guide for Prevention of Disabilities (Brasil, 2008, p. 112-113).

Results: The operational classification of patients suffering from Hansen's disease revealed that 47.1% were paucibacillary while 52.9% were multibacillary and that 31.7% were diagnosed with the Borderline form and 25.9% with the Tuberculoid form. The Physical Disability Grade (PDG) at the time of diagnosis was the following: Grade 0 – 73 (70.20%); Grade 1 - 17 (16.35%); and 9 patients (8.65%) had developed Grade 2 disabilities. The odds ratios significantly indicate that for women with Hansen's disease the risk of not having physical disabilities at the *time of diagnosis* is about 4 times higher than it is for men (OR= 3.868; CI 95%= 1.316-11.368).

Conclusions: The occurrence of disabilities resulting from Hansen's disease mostly in men is still a public health problem in Brazil. Therefore, active search for cases within the community, examining household contacts, monitoring of patients by the healthcare units, educational campaigns and research with students in schools are examples of policies which should be implemented in order to eradicate this endemic disease and reduce sequelae thereof.

Keywords: Hansen's disease, Chronic Granulomatous Disease, Physical Disability.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Hansen es una patología infectocontagiosa, crónica y curable, causada por el *Mycobacteria Leprae*, con predilección por el sistema nervioso periférico.

Objetivos: Determinar las formas clínicas y la clasificación operativa de los portadores de lepra; Identificar el grado de incapacidad de los pacientes diagnosticados con enfermedad de Hansen.

Métodos: Estudio transversal, con abordaje cuantitativo de naturaleza descriptiva, realizado con 104 pacientes diagnosticados con enfermedad de Hansen. La mayoría era del sexo masculino 63 (60,6%) con una media de edades de 37 años, el 49% eran de color pardo y el 34,6% tenía la enseñanza fundamental completa. Los datos fueron retirados de: Sistema de Información de

Notificación de Agravios Notificables – SINAN en 2014; - Ficha de Evaluación Neurológica Simplificada para la evaluación del Grado de Incapacidades, (Brasil, 2010, p.35), extraída del Manual de Prevención de Incapacidades (Brasil, 2008, p. 112-113).

Resultados: La clasificación operativa de los portadores de enfermedad de Hansen, reveló que el 47,1% eran paucibacilares y el 52,9% multi-cilares y que el 31,7% fue diagnosticado con la forma Dimorfa y el 25,9% Tuberculosis. El Grado de Incapacidad Física (GIF) en el diagnóstico fue el siguiente: Grado 0 - 73 (70,20%); Grado I - 17 (16,35%) y 9 (8,65%) poseía deformidades instaladas de Grado II. Los odds ratios indican de forma significativa que el riesgo de que las mujeres con enfermedad de Hansen no presenten incapacidades físicas en el momento del diagnóstico, es aproximadamente 4 veces superior al de los hombres (OR = 3,868; IC 95% = 1,316-11,368).

Conclusiones: La ocurrencia de incapacidades originadas por enfermedad de Hansen sobre todo en los hombres es todavía un problema de salud pública en Brasil, por lo que la búsqueda activa de casos en la comunidad, el examen de los contactos domiciliarios, el acompañamiento de los pacientes por las unidades de salud, las campañas educativas e investigaciones con alumnos en las escuelas son ejemplos de políticas que deben ser implementadas para que se pueda erradicar la endemia y reducir sus secuelas.

Palabras clave: enfermedad de Hansen, Enfermedad Granulomatosa Crónica, Incapacidad Física.

INTRODUÇÃO

A doença de Hansen é uma patologia infectocontagiosa, que tem cura, possui evolução lenta, apresenta-se com comprometimento da pele e tem predileção pelo sistema nervoso periférico. Ocasionalmente pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, descoberto em 1873 por Armauer Hansen, caracteriza-se por afetar a pele e os nervos periféricos, por isso o dano neurológico é uma das sequelas que podem vir a surgir (Morhan, 2015). A multiplicação do bacilo é lenta, com duração média de 11 a 16 dias (Brasil 2002 apud Reis, 2015, p. 23). A doença de Hansen é transmitida de uma pessoa portadora do bacilo, que não está em tratamento, para outra pessoa vulnerável e susceptível, indicando alguns estudos que o *Mycobacterium leprae* possui alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é, infecta muitas pessoas, todavia poucas têm a capacidade de adoecer, pelo que apud Mesquita, Soares, Rafael, Azevedo, Melo, Vasconcelos, Félix, André, Abdon, 2014, p.248); (Brasil, 2014, p. 345).

O principal meio de eliminação do bacilo pelo sujeito doente de Hansen, e a mais provável porta de entrada no organismo passível de ser infectado são o trato respiratório, com especial relevo pelas vias aéreas superiores. Para haver a contaminação, é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratada. O surgimento da enfermidade na pessoa infectada pelo bacilo, e as suas diferentes manifestações clínicas, dependem de vários fatores, entre eles da afinidade parasita / hospedeiro e pode acontecer após um período de incubação que varia de 2 a 7 anos (Brasil, 2014, p. 345).

A identificação de indivíduos com risco de desenvolver a doença de Hansen e seu diagnóstico precoce é crucial para o controle efetivo da doença. A consanguinidade, o contato com pacientes com Hansen e a carga bacilar deste paciente devido a exposição prolongada ao *Mycobacterium leprae* são o maior determinante para o adoecimento (Sales, Ponce de Leon, Düppre, Hacker, Nery, Sarno, et al. 2011, apud Carvalho, 2013, p.24). Os contatos de pacientes multibacilares constituem a população com maior risco de adoecer, sendo este de 8 a 10 vezes, enquanto para os contatos domiciliares de pacientes paucibacilares é de 2 a 4 vezes quando comparados a indivíduos sadios não expostos ao *Mycobacterium leprae* (Noordeen, 1994, p.278-83 apud Carvalho, 2013, p.24).

A doença atinge as pessoas de todas as idades e de ambos os sexos. No entanto existe uma incidência aumentada nos homens em relação às mulheres, em grande parte das regiões do mundo (Brasil, 2014, p. 345). As crianças, menores de quinze anos, adoecem mais quando o local de endemicidade da doença é maior. (Brasil, 2010, p.10). Os determinantes individuais e socioeconômicas como situação nutricional, higiene e as de moradia da população parecem ter influência na transmissão, o que dificulta o controle da endemia (Aquino et al, 2003 apud Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2015).

A falta de saúde básica de uma população, as deficiências nutricionais e de higiene, aliados a baixa escolaridade, renda familiar precária e os processos migratórios, são propícios à proliferação da doença, (da Silva Santos, Gonçalves, do Nascimento & da Cruz Neto, 2014, p. 133-141). A crescer ao risco do *Mycobacteria leprae* infectar populações expostas ao bacilo estar ligado à baixa escolaridade, condições precárias de habitação e precárias condições sócio-econômicas (Pönnighaus, Fine, Sterne, Bliss, Wilson, Malema, et al. 1994, p.10-23 e Sales, Ponce de Leon, Düppre, Hacker, Nery, Sarno, et al. 2011 apud Carvalho, 2013, p.1), têm também que ser considerados os fatores genéticos que podem influenciar o processo de adoecimento e favorecer o curso clínico da doença de Hansen (Alter, 2008, p. 123 apud Carvalho, 2013, p.1).

Na 44ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1991, foi estabelecido que fosse eliminada a doença de Hansen até o ano 2000, porém, a meta não foi cumprida tendo sido prorrogada até 2005 (OMS, 2005 apud do Vale, 2015, p.144), onde também não foi atingida. Então, a Organização Mundial de Saúde instituiu a *Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities: 2006-2010* e anos mais tarde a *Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease*

Burden Due to Leprosy: 2011-2015, que enfoca a diminuição de forma mais efetiva da carga da doença em todas as áreas endêmicas (OMS, 2010 apud do Vale, 2015, p.144).

Em 2014 o Brasil apresentou um registro ativo de 15.738 casos de doença de Hansen, sendo a região Nordeste a de maior representatividade com 10.738 e a região Sul com a menor, 907 casos. A maioria dos casos foram multibaciares, com 20.474 pessoas no Brasil e no Nordeste 8.422, a população feminina representou 45,42% dos casos (Brasil, 2015, p.12). O Brasil apresenta aproximadamente 23,3% dos casos novos diagnosticados anualmente que possuem Grau de incapacidade I e II, trazendo consequências e limitações no trabalho e vida social além de problemas psicológicos (Finez & Salotti, 2011 apud Pinheiro, Silva, Silva, Ataíde, Lima, & Simpson, 2014, p. 895-906).

Para categorizar a doença de Hansen, considerou-se a classificação utilizada pelo Ministério da Saúde do Brasil baseada na “VI International Congress of Leprosy”, Madrid, 1953, amplamente utilizada em todo o mundo (Madrid Congress, 1953). Nessa classificação consideram-se quatro formas clínicas: Indeterminada (I) (fase inicial da doença); Tuberculóide (T) (afeta inervação da pele e /ou destruição de tronco nervoso, com possibilidade de cura espontânea, por resistência imunocelular ao bacilo; Virchowiana (V) apresenta dificuldade no diagnóstico durante a fase inicial, pela cronicidade, extenso acometimento e por ser visivelmente assintomático o parasitismo a pele, olhos, nervos, vísceras e outros órgãos; Dimorfa (D) existe extenso e intenso acometimento da pele, nervos mais raramente outros órgãos e onde as úlceras são mais frequentes. Na clínica encontramos úlceras de evolução crônica, ou úlceras tróficas, bastante comum em Virchowianos avançados não tratados. (Cunha, 2012, p.10; William, 2011, p.101-102).

A manifestação da doença dá-se através de lesões na pele e lesões nos nervos periféricos. Essas são decorrentes de processos inflamatórios dos nervos periféricos (neurites) que pode ser proveniente da ação do bacilo nos nervos e/ou pela reação do organismo ao bacilo ou pelas duas situações. Como os principais sintomas ocorrem: dor e espessamento dos nervos periféricos; perda ou diminuição da sensibilidade nas inervações dos nervos, especialmente nos olhos, mãos e pés; perda de força dos músculos com inervação dos nervos afetados, preferencialmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores (Brasil, 2002 apud Lastórial, Milanez, de Abreu, 2012, p.176).

A neurite, frequentemente, acontece por um processo agudo, seguido de dor muito forte e edema. A princípio, não apresenta evidência de dano funcional do nervo, mas, torna-se crônica e passa a evidenciar esse comprometimento, através da perda da função de suar, ocorrendo ressecamento na pele. Há perda de sensibilidade, aparecendo dormência e perda da força muscular, provocando paralisia nas áreas inervadas pelos nervos cujo ocasionou o dano. No acometimento do dano neural sem tratamento tem a possibilidade de apresentar incapacidades e deformidades (Brasil, 2002 apud Lastórial, Milanez, de Abreu, 2012, p. 176), por isso, problema da doença de Hansen não se restringe somente ao amplo número de casos, devendo ser considerado também o seu alto potencial incapacitante, que pode influenciar no trabalho e na vida social do paciente, além de perdas econômicas e traumas psicológicos. As incapacidades veem sendo culpadas pelo estigma e discriminação dos doentes (Budel, 2015, p. 942-946).

O tropismo neural da doença representa grande potencial incapacitante que, sem intervenção, gera deformidades e incapacidades, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés, causando ainda no portador da doença de Hansen alterações psicológicas pelo estigma associado à doença (Silva, 2015 pp. 223-229 apud Rodrigues, Leandro, Antezana, Pinheiro, da Silva & Alves, 2015, p. 298). Contudo, as incapacidades físicas podem ser prevenidas e/ou reduzidas, caso as pessoas acometidas forem diagnosticadas e tratadas atempadamente (Silva, 2014, p. 290-297 apud Rodrigues et al, 2015, p. 298).

Um indicador de melhoria na atenção integral ao portador de doença de Hansen é a avaliação do Grau de Incapacidade Física (GIF). A meta de redução definida pelo Brasil foi de 1,37 por 100 mil habitantes em 2008 para 1,19 em 2015 o coeficiente de casos novos da doença com Grau II de GIF (Brasil, 2010, p. 57).

O grau de incapacidade física revela a veracidade da perda de sensibilidade que protege o indivíduo de deformidades provocadas pelo comprometimento neural. O Grau II refere-se à lesão nos olhos, com algum sinal e/ou sintoma como lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana central e até cegueira; nas mãos, pode-se observar lesões tróficas e/ou lesões com presença de traumas, garras, reabsorção e mão caída; e nos pés, igualmente como nas mãos, acontecem lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, pé caído e contratura do tornozelo (Brasil, 2008, p.18-30).

O número de casos com Grau II de incapacidade detectado numa população dá uma idéia da subnotificação que pode ocorrer por várias razões. Mudanças na taxa de casos novos com Grau II de incapacidade por cada 100.000 habitantes devem refletir mudanças na taxa de detecção de casos novos (OMS, 2010).

O Ministério da Saúde do Brasil instituiu um Protocolo da Avaliação Simplificada das Funções Neurológicas (ASFN), que se propõe realizar a avaliação neurológica para categorizar o comprometimento dos nervos. A ASFN verifica a condição do nervo por meio da inspeção, palpação, pesquisa da sensibilidade e avaliação da força motora nos olhos, membros superiores e inferiores. A frequência da aplicação desta avaliação se dá durante o tratamento no início, meio e fim do mesmo, podendo ser utilizado em intervalo inferior (Nardi, Cruz, Pedro, Marciano & Pachoal, 2011, p. 1).

As informações clínicas, epidemiológicas e terapêuticas da doença, no Brasil, são registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) objetivando o controle sistemático do tratamento no intuito de caracterizar as manifestações da

doença nas pessoas com doença de Hansen. Visa ainda ser capaz de melhorar o diagnóstico, tratamento, recuperação e prevenção da doença (Rodrigues et al, 2015, p. 298).

A importância da avaliação do grau de incapacidades dos pacientes com doença de Hansen, os transtornos que a incapacidade aporta; a necessidade de enfrentar dificuldades tais como: diagnóstico tardio, falta de conhecimento tanto dos profissionais quanto dos doentes sobre a doença de Hansen, déficit de acompanhamento, falta de registo, falha no acompanhamento das pessoas que estão em contato domiciliar constante com os doentes de doença de Hansen, falta de medicação muitas vezes por deficiência do sistema como processos burocráticos, licitações públicas, logística entre outros, justificam investigar sobre esta problemática.

Assim, de acordo com o pacto da Organização Mundial de Saúde em prole da erradicação da doença de Hansen, a investigação realizada é atual, emergindo como questões de investigação, as seguintes: *Qual o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico e da alta nas Pessoas com doença de Hansen? Quais são as formas clínicas e classificação operacional de doença de Hansen mais prevalentes? Quais as características da amostra quanto aos aspetos sócio demográficos (idade, sexo, raça e escolaridade)?*

Delinearam-se como objectivos, os subseqüentes: Identificar o grau de incapacidade física; Determinar as formas clínicas e a classificação operacional dos portadores de doença de Hansen; Caracterizar os participantes quanto aos aspetos sócio demográficos (idade, sexo, raça e escolaridade).

1 - METODOS

1.1 - Tipo de estudo

Estudo transversal, descritivo-exploratório com 104 pessoas diagnosticadas com doença de Hansen e notificados no Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN), no ano de 2012 e acompanhados nesta pesquisa até 2014 no município do Cabo de Santo Agostinho, cidade localizada na região metropolitana de Recife – PE, Brasil. Utilizou-se como critério de exclusão dos pacientes não terem sido notificado e ou não estar registado no sistema de informação no período estudado.

1.2 - Participantes

A amostra por conveniência ficou constituída por 104 pacientes sendo 63 (60,6%) do sexo masculino com uma média de idades de 37 anos, sendo a idade mínima de 6 e a máxima de 88 anos. O grupo etário mais representativo foi o dos 27 aos 37 anos.

Em outros estudos há uma ocorrência do predomínio do sexo masculino (61%), em detrimento ao feminino (39%), a faixa etária predominante variou entre 32 a 38 anos (25%), sendo 21% com menos de 18 anos. (Buna, Rocha, Alves, Granja, Sousa & Silva, 2015, p.115 –122 e Mesquita, 2014, p.249).

Um grupo significativo de participantes são de raça parda 51 (49,04%), seguidos da raça branca 34 (24,04%) e dos de raça preta 15 (14,42%). Em 12,5% dos casos não foi possível classificar a raça dos participantes. Um grupo significativo de participantes (49%) apresentou baixa escolaridade. O ensino fundamental incompleto foi predominante com 34,6%, seguido do ensino médio completo 17,3% e ensino fundamental completo 9,6%. No que se infere da escolaridade face ao sexo, o ensino fundamental foi o que mais se destacou, tanto no sexo feminino (36,6%) quanto no masculino (33,4%).

Relatos de outros trabalhos mostram a concordância com a presente investigação, onde 62,7% possuíam ensino fundamental incompleto; 7,8%, ensino fundamental completo; 5,9%, ensino médio incompleto; 21,6%, ensino médio completo; e apenas 2% possuía ensino superior (Mesquita, 2014, p.249).

Num outro estudo, os graus de escolaridade predominantemente foram ensino fundamental incompleto e ensino médio completo igualmente com 9 (32%), em seguida os não alfabetizados totalizaram 3 (11%), ensino fundamental completo 3 (11%), ensino médio incompleto 3 (11%) e ensino superior 1 (3%) (Buna et al 2015, pp. 115–122).

Em outro estudo a maior ocorrência esteve presente no ensino médio com 75 (48,4%) casos registados (de Araújo, de Aquino, Goulart, Pereira, Figueiredo, Serra, Fonseca, & Caldas, 2014).

1.3 - Instrumentos

Foi realizado um levantamento de dados através dos prontuários dos pacientes e de:

- Questionário Sociodemográfico e Clínico contendo informações sócio demográficas (sexo, idade, escolaridade, raça) e clínicas (forma clínica, classificação operacional, avaliação de incapacidade física no momento do diagnóstico e na alta do paciente).
- Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN). Este sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria Nº 1.271, de 6 de Junho de 2014. Acedido em <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb>)
- Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (FANS) para avaliação do Grau de Incapacidades, (Brasil, 2010, p.35), extraída do Manual de Prevenção de Incapacidades (Brasil, 2008, p. 112-113).

1.4 - Procedimentos

O Secretário de Saúde do Município do Cabo de Santo Agostinho-PE, Brasil autorizou o estudo e emitiu parecer favorável e para a realização da colheita de dados. Por sua vez, o Responsável pela Vigilância Epidemiológica correspondente ao agravo estudado, forneceu as informações necessárias. Para o tratamento dos dados, analisaram-se as Fichas de Notificações e Registos de dados arquivados nos prontuários dos pacientes atendidos na Unidade de Referência para a doença de Hansen - Centro de Saúde Herbert de Souza/CTA. Complementaram-se as informações através do Livro de Registo da Política de doença de Hansen (Políticas Públicas de Saúde).

2 - RESULTADOS

A *classificação operacional* mostra que 47,1% das pessoas foram classificadas como paucibacilares contra 52,9% multibacilares. A maioria (69,8%) do sexo masculino era multibacilar e 30,2% paucibacilares; no sexo feminino obtivemos 73,2% paucibacilares e 26,8% multibacilares. (cf. Tabela 1).

Tabela 1- Classificação operacional face ao Sexo

Sexo	Feminino		Masculino		Total	Qui-quadrado χ^2 p
	n	%	n	%		
Classificação Operacional						
Multibacilares	11	22,8	44	69,8	55	52,9
Paucibacilares	40	73,2	19	30,2	49	47,1
Total	51	100,00	63	100,00	104	100,00

Avaliou-se a probabilidade da classificação operacional variar em função do género. Os odds ratios indicam que no sexo feminino a manifestação da forma paucibacilar é prevalente em relação aos homens, constatando-se o inverso na forma multibacilar para os homens com diferenças significativas entre os grupos, (OR= 0,158; IC 95%= 0,066-0,380). Mesquita (2014) encontrou 35,3% pacientes multibacilares, 15,7% do tipo paucibacilares e 49,0% não possuíam essa informação em seus prontuários.

A *forma clínica* de maior prevalência foi a Dimorfa com 33 pacientes, (8 femininos e 25 masculinos), em seguida a Tuberculóide com 27, (16 femininos e 11 masculinos), a Indeterminada apresentou 20, (10 femininos e 10 masculinos), posteriormente a Virchoviana com 5 (1 feminino e 4 masculinos). Quando verificamos o total temos um quantitativo de 85 casos, sendo os demais (19) distribuídos em não classificados e não informados no sistema. A maior incidência multibacilar e da forma clínica dimorfa no sexo masculino, patenteia a ocorrência de diagnóstico tardio para os homens em comparação às mulheres, realidade apresentada em diversos estudos.

O *Grau de Incapacidade Física (GIF) Zero* (ausência de incapacidades relacionadas à doença de Hansen), avaliado em 99 participantes no momento do diagnóstico, foi de 73 (73,3%); 17 (16,35%) apresentaram alteração de sensibilidade protetora - GIF I e 9 (8,65%) possuíam deformidades instaladas - GIF II, ou seja, 26 (26,7%), apresentaram alterações que induziam algum grau de incapacidade. Quanto ao GIF face ao sexo (40 mulheres e 59 homens), constatou-se que 35 (87,5%) dos casos referentes ao sexo feminino apresentaram avaliação de incapacidade com GIF Zero, 3 (7,31%) GIF I e 2 (4,87%) GIF II. No sexo masculino foram 38 (64,4%) GIF Zero; 14 (22,23%) GIF I e 7 (11,11%) GIF II. Não foram avaliados 3 (4,76%) dos masculinos e 1 (2,46%) do feminino. Como ignorado /branco apenas 1(1,59%) no masculino.

No momento da cura os pacientes que apresentaram GIF de 0, totalizaram 63 casos (60,57%); GIF I 6 (5,8%) e GIF II 2(1,9%); não foram avaliados 3 (2,9%) e 30 (28,8%) não constavam no sistema, inferindo-se que uma quantidade considerável de pacientes não são notificados para a realização do exame na alta.

No seguimento das análises anteriores avaliou-se a probabilidade do grau de incapacidade física variar em função do género. Os odds ratios indicam de forma significativa que o risco das mulheres com hanseníase não apresentarem incapacidades físicas no momento do diagnóstico, é cerca de 4 vezes superior ao dos homens (OR= 3,868; IC 95%= 1,316-11,368). Porém, no momento da cura, apesar do valor de Odds rácio indicar que a probabilidade da relação é superior a 1 (OR= 1,250; IC 95%= 0,275-5,692), a mesma não é estatisticamente significativa (Fischer p= 1,00), deixando em aberto considerar a relevância clínica dos achados. (cf. Tabela 2).

Tabela 2- Relação entre Sexo e In/capacidade Física

Momento do Diagnóstico	Sexo		Masculino		Qui-quadrado χ^2	p
	Feminino					
	n	%	n	%		
In/Capacidade						
Sem Incapacidade Física – Grau Zero	35	87,5	38	64,4	6,565	0,010
Com Incapacidade Física – Grau I e II	5	12,5	21	35,6		
Total (99)	40	100,00	59	100,00		
Momento da Cura						
Sem Incapacidade Física – Grau Zero	27	90,0	36	87,8	Fischer	1,00
Com Incapacidade Física – Grau I e II	3	10,0	5	12,2		
Total (71)	30	100,00	41	100,00		

A *forma clínica com maior grau de incapacidade física* foi a Dimorfa com 4% dos casos com Grau II, com 6% no Grau I e com Grau zero, 21% dos pacientes. Na forma clínica Indeterminada o Grau 0 de Incapacidade foi de 17%, o Grau I de 2% e o Grau II de 1%. Na forma Tuberculóide 23% foram Grau 0, 2% Grau I e 1% Grau II. Na forma Virchowiana, 3% foram Grau 0 e 2% Grau I, não tendo sido observado qualquer caso no Grau II. Não foram classificados 5 casos e existiam no sistema 13 casos sem informação sobre grau de incapacidade.

O estudo do *Grau de Incapacidade Física versus Classificação Operacional*, mostrou que o maior grau de incapacidade foi detectado na classificação operacional multibacilar, totalizando 8 casos com Grau II, representando 8% das pessoas estudadas. Com Grau I apresentaram-se 13% casos multibacilares. Analisando a totalidade dos casos, constatou-se que 53% dos participantes foram classificados como multibacilares e 42% classificados como paucibacilares, mostrando que o diagnóstico da doença ainda acontece tardiamente. Apesar do diagnóstico tardio, ocorre avaliação do grau de incapacidade dos pacientes no momento do diagnóstico, do tratamento e da alta. Porém, como existem paucibacilares já identificados no momento do diagnóstico como tendo Grau I de incapacidade, reforça-se a necessidade de continuidade no acompanhamento e a importância da educação para a saúde desta população.

3 - DISCUSSÃO

A classificação operacional de doença de Hansen no presente estudo mostrou uma maior incidência de casos multibacilares (com mais de cinco lesões na pele). Este tipo tem maior risco de transmitir a doença aos seus contatos próximos pois a transmissão dá-se com o contato íntimo e prolongado com a pessoa doente e não, sem tratamento. Sabe-se que 90% das pessoas possuem defesa natural contra o bacilo da doença de Hansen e que possui influência genética (Minuto biomedicina, 2015). Dentre os multibacilares, a maior prevalência foi em pessoas do sexo masculino tal como no estudo de Lima & Aguiar (2015, p.6) em que o comportamento epidemiológico deste agravo predominou no sexo masculino e na faixa etária economicamente ativa, pois apesar de existirem políticas públicas constantes na tentativa da eliminação da doença, o diagnóstico é ainda muito tardio. A diferença de prevalências face ao gênero poder-se-á explicar pelo facto dos homens não terem o costume de cuidar de sua própria saúde, nem assumirem condutas simples como observação do seu próprio corpo que poderiam facilitar o diagnóstico precoce e evitar sequelas indesejadas, melhorando a qualidade de vida.

Um estudo realizado em Santa Catarina, Brasil, mostrou que a forma clínica de maior prevalência no sexo masculino foi a Virchowiana com 39,1% casos, sendo que no sexo feminino se verificou maior frequência igualmente entre as formas Indeterminada e Dimorfa, representando 28,5% cada, e que dentre os multibacilares, 55,6% representavam a variante Virchowiana e 29,6% a Dimorfa". (Lima & Aguiar, 2015, p. 6).

A *forma clínica* mais prevalente foi a Dimorfa, 33 casos, seguida da Tuberculóide com 27. Sem classificação da forma clínica estavam 18 casos, contudo a classificação operacional revelou prevalência de casos multibacilares. Apenas um caso Indeterminada ou Tuberculóide e os demais, 17 casos, distribuídos entre Dimorfa ou Virchowiana, o que mostra a endemicidade da doença no município, principalmente diante da presença de casos Virchowianos que possuem alta carga bacilar.

Um estudo da prevalência das formas clínicas de doença de Hansen na cidade de Anápolis-GO, apurou-se através das notificações realizadas maior prevalência da Dimorfa com 367 (69,91%) casos, seguida da Virchowiana com 96 (18,29%), forma Indeterminada com 27 (5,14%) e Tuberculóide com 9 (1,71%) (Lima, Martins, Honorato, Lopes, Moura, Nogueira, Gonçalves, 2012, p. 55-67).

Em outro estudo, houve também predominância da forma clínica Dimorfa nos casos diagnosticados, operacionalmente classificados como multibacilares, correspondendo a 57,1% do total de casos novos. Merece destaque o ano de 2009 que teve o maior número de detecções, correspondendo a 33% do total de casos diagnosticados no período e o ano de 2010 que apresentou maior proporção de casos dimorfos quando comparado com os outros anos em estudo. Imprta destacar que, entre

os casos paucibacilares, a forma clínica Indeterminada foi predominante, correspondendo a 22% do total de casos (Ribeiro, Fabri, Amaral, Machado & Lana, 2014, p.728-35).

A apresentação clínica da doença de Hansen, no estudo de Mesquita (2014), revelou que 11 pacientes (21,6%) apresentaram a forma Tuberculoide; 10 (19,6%), a forma Dimorfa; e 9 (17,6%), a forma Virchowiana. Essas informações não estavam disponíveis para 21 (41,2%) pacientes.

A *prevalência do Grau de Incapacidade Física* dos pacientes avaliados no momento do diagnóstico foi de 73 casos (70,20%), com GIF de Grau 0, o que retrata a possibilidade de menores danos físicos quando garantida a prevenção de incapacidades feita por um profissional habilitado para tal, com a realização no início, no meio e no fim do tratamento. Em 30 casos do município constatou-se ausência de registros no sistema de informação da avaliação no momento da cura. Em contrapartida ocorreu uma prevalência de incapacidade física com GIF de Grau de 0, em 63 casos (60,57%) no momento da cura.

No estudo de Alves, o Grau de Incapacidade antes do tratamento foi de zero (GIF Zero) em 35% dos pacientes, de GIF I em 34%, e de GIF II em 26%. Em 5% dos casos, não foram encontrados dados para avaliação (Alves et al, 2010, pp 460-461).

Em uma investigação com 11 municípios do Paraná, observou-se uma parcela da população em idade produtiva sendo 79,8% destas apresentavam algum grau de incapacidade. As sequelas revelaram-se mais frequentes nos membros inferiores, dentre elas, garras, ressecamentos, fissuras, feridas plantares etc. (Sobrinho, Mathias, Gomes & Lincoln, 2007, p. 1125-1130).

Em outro estudo, Sobrinho, Silva, de Freitas, Gomes, Alves; Lincoln e Barbosa (2007), apurou-se que 20,2% dos casos foram Grau 0; 41,4% apresentaram Incapacidade de Grau I, seguido de 38,4% com Grau II, mostrando que a maior parte dos participantes tinha comprometimento desde o início do tratamento.

Na análise do perfil epidemiológico da doença de Hansen em um estudo realizado em Maricá, constatou-se que foram examinados 157 (85,8%) de 183 pacientes registrados e 51 (27,9%) apresentaram algum Grau de Incapacidade Física (GIF) I ou II. Não ocorreram casos com GIF II, nos anos 2000 a 2002, 2007 e 2008; e a proporção de casos de doença de Hansen com GIF II, no momento do diagnóstico, foi considerado médio (5 a 9,9%) para o período de 2004 a 2006; de 2009 a 2013 foi alto (maior ou igual a 10%). Nesse estudo, foram 157 (85,8%) pacientes avaliados para GIF, em todos os anos pesquisados, tendo sido registrado que todos eles apresentaram algum GIF I ou II (de Oliveira, Leão & Britto, 2014, p. 819).

O percentual de cura nas coortes é um indicador de resultados das atividades de captação de casos e mede a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. O resultado desse indicador em 2008 foi de 81,3% para o país sendo que o percentual aumentou em 2009 para 82,1% (85% para casos PB e 80% para os MB). A irregularidade no tratamento reduz a possibilidade do Brasil aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de doença de Hansen. Portanto, para aumentar o percentual de cura será necessário melhorar a distribuição e efetiva aplicação dos medicamentos, bem como a atualização oportuna do Sistema de Informação, no que se refere ao tipo e data da saída do paciente (OPAS, 2015).

É ainda urgente proceder à avaliação e registro das incapacidades, procedimento essencial para a educação e promoção do autocuidado e para prevenir o alojamento de incapacidades física pós-tratamento medicamentoso. (Rodini, 2010, p.157-166).

CONCLUSÕES

A doença de Hansen é uma patologia infectocontagiosa, curável pelo que a gestão da doença não se deve restringir somente ao controle do amplo número de casos, pelo contrário deve também considerado o seu alto potencial incapacitante, que gera perdas econômicas e traumas psicológicos e pode influenciar o trabalho e a vida social do paciente.

A investigação permitiu avaliar os portadores de doença de Hansen diagnosticados no município do Cabo de Santo Agostinho, Recife, Brasil. Apurou-se que esta entidade nosológica ainda apresenta uma quantidade considerável de casos diagnosticados tardiamente no município, uma vez que encontramos casos multibacilares, com alta carga bacilar, tendo sido prevalentes no período estudado. A maioria dos doentes foram diagnosticados com a forma clínica dimorfa, porém, a maior ocorrência foi de indivíduos sem deformidades, prevalecendo o grau de incapacidade física de zero, apesar de existirem pacientes com incapacidades constatadas.

A cadeia de transmissão e a exposição precoce de crianças à alta carga bacilar, aumenta o risco de adoecimento da população. Verificou-se existirem no estudo crianças e adolescentes diagnosticadas com a doença, representando endemidade no município, sendo a mesma realidade demonstrada no Estado de Pernambuco – Brasil, cujo coeficiente de detecção de novos casos na população com menos de 15 anos os classifica como hiperendêmico, colocando-o na 6ª posição em coeficiente e na 3ª em número absoluto de casos, refletindo a existência de endemia oculta no estado. Os casos estão distribuídos na maioria dos municípios das 12 Regionais de saúde, entretanto 40% estão concentrados na I Regional de Saúde, onde está localizado o município (Pernambuco, 2013). Desse modo, as ações a serem implantadas devem levar em consideração as particularidades epidemiológicas da doença face à faixa etária e contexto geográfico. Merece ainda destaques os homens serem mais acometidos por formas graves da doença e apresentarem maior grau de incapacidade física do que as mulheres.

A Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da doença de Hansen: 2011-2015, possui objetivos concretos no combate A doença de Hansen , onde elenca uma série de estratégias e orientações aos gestores sobre o seu papel, colocando

a necessidade do acesso aos serviços de saúde com equidade e justiça social. Esta é de fato uma cartilha a ser seguida, pois aborda desde da importância de um sistema de referência eficiente capaz de integrar os demais serviços básicos e contribuindo para uma efetiva retaguarda aos profissionais que buscam apoio. A busca ativa de casos na comunidade, o correto exame dos contatos nos casos diagnosticados, o sistemático acompanhamento dos pacientes pelas unidades de saúde, bem como a utilização de estratégias de educação para a saúde (OMS, 2010), são exemplos de estratégias possíveis.

Sabendo-se que a doença de Hansen cursa com incapacidades, mas leva também a problemas de origem psicológica e falta de apoio familiar, preconceito e estigma na memória social onde os acometidos por esta doença, são excluídos da vida social, (Carvalho, 2013, p. 47-55), importa elevar o conhecimento científico sobre a melhor forma de controlar a doença na contemporaneidade. Tão importante quanto realizar a avaliação é mantê-la e reforçar em todas as consultas o auto cuidado, mostrando a prática clínica e a evidência que os pacientes com lesões graves, mesmo curados da doença, não têm gerada a cura da incapacidade.

Outros estudos devem ser realizados a fim de se avaliar a influência das políticas de saúde em elucidar questões pertinentes às peculiaridades epidemiológicas da doença na região, e na especificidade do contexto ambiental.

Os dados dos pacientes diagnosticados, através da Ficha de Notificação devem ser adequadamente preenchidos para alimentar o sistema de informação (SINAN), que ainda apresenta fragilidades por falta ou falha na informação, seja por ausência de dados ou nulidade de procedimentos realizados pelos diversos profissionais, como exemplo, a realização da avaliação de incapacidades que, muitas vezes, são feitas por profissionais treinados mas não são registradas. Reforça-se a necessidade de melhorar os processos de trabalho, sensibilizando os profissionais para a efetiva avaliação dos resultados na prática clínica e do preenchimento e entrega dos Boletins e Fichas de Notificação na Vigilância Epidemiológica mensais que deverá ser melhorada, pois a sua demora, dificulta a atualização dos dados e o acompanhamento dos pacientes. Tornar o registro adequado e fidedigno permitirá construir indicadores seguros no domínio clínico, epidemiológico, político e com potencial de gestão e de investigação no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C. J. M., Barreto, J. A., Fogagnolo, L., Contin, L A & Nassif, P. W. (2010). Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 43(4):460-461.
- Araújo, M. G. (2003). Hanseníase no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 36(3), 373-382. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822003000300010>.
- Batista, T. V. G.. (2014). *Representações sociais do corpo para pessoas acometidas pela hanseníase: Processos saúde doença* (dissertação de doutoramento). Universidade de Taubaté, São Paulo.
- Krapp, J. & Portal Fiocruz. (2015, janeiro 26). *Hanseníase ainda é uma doença invisível afirmam pesquisadores*. Acedido em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/hanseníase-ainda-e-uma-doenca-invisivel-afirmam-pesquisadores>
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2002). *Guia para o Controle da hanseníase* (3.ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. (2008). *Manual de prevenção de incapacidades* (3.ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2010). *Portaria nº 3125 de 7 de outubro de 2010: Aprova as diretrizes para vigilância atenção e controle da hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde. Acedido em: http://www.vigilanciaensaude.ba.gov.br/sites/default/files/vigilancia_epidemiologica/doencas_transmissiveis/arquivo/2013/04/26/Portaria_3.125%20de%2007_10_2010%20e%20seus%20formularios_revisada%20GT-Hans_SESAB.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. (2010). *Guia de procedimentos técnicos: Baciloscopia em hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2010). *Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso* (8ª ed. Revista). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2010). *Portaria nº 3125 de 7 de outubro de 2010: Aprova as diretrizes para vigilância atenção e controle da hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde. Acedido em: http://www.vigilanciaensaude.ba.gov.br/sites/default/files/vigilancia_epidemiologica/doencas_transmissiveis/arquivo/2013/04/26/Portaria_3.125%20de%2007_10_2010%20e%20seus%20formularios_revisada%20GT-Hans_SESAB.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseníase/11298-situacao-epidemiologica-dados..> [acesso em 2015 Outubro 2015].

- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. (2015). *Exercício de Monitoramento da Eliminação da hanseníase no Brasil: LEM 2012*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Budel, A. R., Raymundo, A. R., Costa, C. F., Gerhardt, C., & Petri, L. E. (2011). Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(5), 942-946. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000500012>.
- Buna, A. T. M., Rocha, F. C. G., Alves, E. M., Granja, F. B. C., Sousa, D. J., & Silva, M.G.P. (2015). Incapacidades físicas nos pacientes com hanseníase cadastrados em uma unidade de saúde de São Luís MA. *Revista Interdisciplinar*, 8(1), 115-122.
- Carvalho, M. A. J., Lopes, N. T. B., Santos, T. S., Santos, K. S., Farnocchi, P. G., & Tavares, C. M. (2015). Avaliação das incapacidades físicas em ex-portadores de hanseníase da época do isolamento compulsório. *Hansenologia Internationalis*, 38(1-2), 47-55.
- Carvalho, F. M. (2013). *Resposta imune celular Mycobacterium leprae-específica in vitro de contatos de pacientes com Hanseníase multibacilar no início e durante o tratamento do caso índice* (dissertação de mestrado). Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Cunha, M. D. (2012). *Estatística espacial na investigação epidemiológica de fatores associados à detecção de casos de hanseníase no Rio de Janeiro* (dissertação de doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
- Deepak. S. (2003). Answering the rehabilitation needs of leprosy-affected persons in integrated setting through primary health care services and community based rehabilitation. *Indian Journal of Leprosy*, 75(2), 127-42.
- Santos, D. A. S., Gonçalves, R. E. L. M., Nascimento, A. M., & Neto, L. R. C. (2014). Hanseníase: Diagnóstico precoce é a solução. *Participação*, 23/24, 133-141.
- Oliveira, J. C. F., Leão, A. M. M. & Britto, F. V. S. (2014). Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá Rio de Janeiro: Uma contribuição da enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, 22(6), 815-21.
- Carvalho, N. V., & Araújo, T. M. E. (2015). Ações realizadas por profissionais de Saúde da família no controle da hanseníase em um município hiperendêmico. *Journal of Health and Biological Sciences*, 3(3), 144-150. Doi: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v3i3.183.p144-150.2015>
- Finez, M. A. & Salotti, S. R. A. (2011). Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. *Journal of the Health Sciences Institute*, 29(3), 171-5.
- Brasil, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. (2015, junho 25). *Meta do Brasil é eliminar a hanseníase até 2015*. Acedido em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30519>
- Lastória, J. C., Abreu, M. A. M. M. (2012). Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Diagnóstico e tratamento*, 17(4), 173-9.
- Lima, M.M. & Aguilar, A.M.M. (2015). Perfil epidemiológico da hanseníase em um município de Minas Gerais: Uma análise retrospectiva. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 1(3). 1-9.
- Pereira, D. L., Brito, L. M., Nascimento, A. H., Ribeiro, E. L., Lemos, K. R. M., Alves, A. N., & Brandão, B. L. G. (2012). Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas Agrárias e da Saúde*. 16(1), 55-67.
- Mesquita, R., Soares, M., Rafael, D., Azevedo, F.P., Melo, L.T.M.M., Vasconcelos, L.S., Félix, R. A., André, G., & Abdon, A.P.V. (2014). Avaliação neurofuncional em pacientes com hanseníase. *Revista Brasileira em Promoção a Saúde*, 27(2). 248 - 249.
- Alexa, A. (2015). *Hanseníase*. Minuto Biomedicina. Acedido em <http://www.minutobiomedicina.com.br/postagens/2015/02/06/hanseníase/>.
- Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase. (2015). *Institucional*. Acedido em <http://www.morhan.org.br/institucional>.
- Nardi, S. M. T., Cruz, L. P., Pedro, H. S. P., Marciano, L. H. S. C., & Pachal, V. D.A. (2011). Avaliação das deficiências físicas em pessoas com hanseníase empregando dois indicadores: Grau de incapacidades e Eyes-Hands-Feet. *Hansenologia Internationalis*, 36(2), 09-15. Acedido em de http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612011000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: Diretrizes operacionais atualizadas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. (2010, Setembro 8). *OMS Divulga situação mundial da hanseníase*. Acedido em http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1477:oms-divulga-situacao-mundial-hanseníase&Itemid=777.
- Brasil, Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. (2013). *Sanar: Programa de enfrentamento às doenças negligenciadas: Pernambuco 2011-2014*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde.

- Pinheiro, M. G. C., Silva, S. Y. B., Silva, F. D. S., Ataíde, C. A. V., Lima, I. B. D., & Simpson, C. A. (2014). Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(4), 895-906.
- Pönnighaus, J.M., Fine, P.E., Sterne, J.A., Bliss, L., Wilson, R.J., Malema, S.S., & Kileta, S. (1994). Incidence rates of leprosy in Karonga District northern Malawi: Patterns by age sex BCG status and classification. *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*, 62(1), 10-23.
- Reis, B. C. (2013). *Seguimento farmacoterapêutico com usuários de talidomida atendidos pelo Hospital Universitário de Brasília HUB* (monografia de graduação). Universidade de Brasília, Ceilândia.
- Ribeiro, G.C., Fabri, A.C.O.C., Amaral, E.P., Machado, I.E. & Lana, F.C.F. (2014). Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina Minas Gerais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(4), 728-735. Doi: 10.5216/ree.v16i4.22371
- Rodini, F.C.B., Gonçalves, M., Barros, A.R.S.B., Mazzer, N, Elui, V.M.C., Fonseca, M.C.R. (2010). Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. *Fisioterapia e Pesquisa*, 17(2), 157-66.
- Rodrigues, F. F., Calou, C. G. P., Leandro, T. A., Antezana, F. J., Pinheiro, A. K. B., Silva, V. M., & Alves, M. D. S. (2015). Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(2), 297-304. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680216i>
- Sales, A. M., Ponce de León, A., Düppre, N. C., Hacker, M. A., Nery, J. A. C., Sarno, E.N., & Penna, M. L. (2011). Leprosy among patient contacts: a multilevel study of risk factors. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 5(3), e1013. Doi: 10.1371/journal.pntd.0001013.
- Sobrinho, R., A. S., Mathias, T.A. F., Gomes, E. A., & Lincoln, P. B. (2007). Evaluación del grado de incapacidad en hanseníasis: Una estrategia para la sensibilización y la capacitación del equipo de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6).
- Sociedade Brasileira de Dermatologia. (2015, outubro 25). *Hanseníase*. Acedido em <http://www.sbd.org.br/doencas/hanseníase/>
- Malagutti, W., & Kakiyama, C.T. (orgs.). (2011). *Curativos, estomias e dermatologia: Uma abordagem multiprofissional*. São Paulo: Martinari.

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

millenium

CARACTERIZAÇÃO FÍSICO-QUÍMICA E SENSORIAL DE DOCES DE FRUTOS DE S. TOMÉ E PRÍNCIPE

77

PHYSICO-CHEMICAL AND SENSORY CHARACTERIZATION OF FRUIT JAMS OF S. TOMÉ AND PRÍNCIPE

77

CARACTERIZACIÓN FÍSICOQUÍMICA Y SENSORIAL DE MERMELADAS DE FRUTAS DE S. TOMÉ Y PRÍNCIPE

77

CARACTERIZAÇÃO FÍSICO-QUÍMICA E SENSORIAL DE DOCES DE FRUTOS DE S. TOMÉ E PRÍNCIPE
PHYSICO-CHEMICAL AND SENSORY CHARACTERIZATION OF FRUIT JAMS OF S. TOMÉ AND PRÍNCIPE
CARACTERIZACIÓN FÍSICOQUÍMICA Y SENSORIAL DE MERMELADAS DE FRUTAS DE S. TOMÉ Y PRÍNCIPE

Elsa Ramalhosa¹
Agostinho V. Sousa²
Luana Fernandes^{1,3}
Teresa Delgado^{1,3}
Maria do Céu Fidalgo¹
José A. Pereira¹

¹Instituto Politécnico de Bragança, ESA, Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Bragança, Portugal

²Instituto Superior Politécnico de São Tomé e Príncipe, São Tomé, São Tomé e Príncipe

³Universidade do Porto, Faculdade de Farmácia, REQUIMTE, Serviço de Bromatologia e Hidrologia, Porto, Portuga

Elsa Ramalhosa - elsa@ipb.pt | Agostinho V. Sousa - sousagostinho7@gmail.com | Luana Fernandes - luana.f.1987@gmail.com |
Teresa Delgado - teresadelgado86@hotmail.com | Maria do Céu Fidalgo - ceufidalgo@ipb.pt | José A. Pereira - jpereira@ipb.pt

Autor Correspondente

Elsa Ramalhosa

Instituto Politécnico de Bragança, ESA, Centro de Investigação de Montanha (CIMO), 5300-253 Bragança, Portugal
elsa@ipb.pt

RECEBIDO: 25 de outubro de 2016

ACEITE: 17 de maio de 2016

RESUMO

Introdução: São Tomé e Príncipe tem uma grande variedade de árvores frutíferas, sendo a maioria dos frutos consumida em fresco. Em certos períodos do ano, os frutos estão disponíveis em quantidades significativas, não sendo comum usar o excedente. Assim, o excedente de frutos pode ser usado na preparação de outros produtos (ex. doces), para aumentar a diversidade de produtos e permitir o consumo anual desses frutos sazonais.

Objetivos: Avaliar as características dos frutos de S. Tomé e Príncipe.

Métodos: Preparação de doces de banana, cajá-manga, goiaba (escura e clara) e mamão, com diferentes teores de açúcar, e posteriormente proceder à sua caracterização físico-química (cor, pH, teor de humidade e acidez) e sensorial, através de testes de preferência e aceitabilidade.

Resultados: Os doces preparados apresentaram diferentes cores e valores de acidez, humidade e cinza, demonstrando a possibilidade de elaboração de diferentes produtos pela modificação da formulação. Quanto à preferência dos doces, 60% dos consumidores preferiram os menos doces no caso da banana e goiaba (clara), enquanto mais de 67% dos participantes preferiram o doce de cajá- manga mais doce. Quanto à goiaba escura e mamão, as percentagens foram semelhantes para ambos os teores de açúcar. Para todos os atributos analisados (aparência, cor, sabor, acidez, doçura e avaliação global), a maioria dos participantes gostou ligeiramente de todos os doces.

Conclusões: A produção de doces em S. Tomé e Príncipe apresenta-se como uma atividade promissora. A qualidade dos atributos analisados deve ser monitorizada, para satisfazer os consumidores.

Palavras-chave: Doces; banana; cajá-manga; goiaba; mamão.

ABSTRACT

Introduction: São Tomé and Príncipe has a wide variety of fruit trees, being most of the fruits consumed in fresh. In certain periods of the year, fruits are available at significant amounts; however, it is not common to use the surplus of those fruits. Thus, this excess may be used in the preparation of other fruit based products (ex. jams), in order to increase product diversity and allow the annual consumption of these seasonal fruits.

Objectives: To evaluate the characteristics of the fruits of S. Tomé and Príncipe.

Methods: Preparation of jams of banana, ambarella, guava (dark and light) and papaya, with two levels of sugar, and perform their physico-chemical characterization (color, pH, moisture and acidity). Furthermore, sensory analysis was also done, through preference and acceptability tests.

Results: The jams prepared had different colours, acidity values, and moisture and ash contents, demonstrating the possibility of producing different products by changing the formulation. Regarding jams preference, 60% of the consumers preferred the less sweet in the case of banana and guava (light), whereas, over 67% of the panellists preferred the sweetest ambarella jam. Concerning dark guava and papaya, the percentages were similar for both sugar contents. For all attributes analysed (appearance, colour, taste, acidity, sweetness and global evaluation), most of the panellists liked slightly all jams.

Conclusion: The production of jams in S. Tomé and Príncipe presents itself as a promising activity. The quality of the attributes analyzed must be monitored to satisfy consumers.

Keywords: Jams; banana; ambarella; guava; papaya.

RESUMEN

Introducción: S. Tomé y Príncipe tiene una gran variedad de árboles frutales, siendo la mayoría de los frutos comidos en fresco. En ciertos períodos del año, los frutos están disponibles en cantidades significativas, no siendo común el uso de los excedentes. Por lo tanto, este excedente se puede utilizar en la preparación de otros productos y permitir el consumo anual de la fruta de temporada.

Objetivos: Evaluar las características de los frutos de Santo Tomé y Príncipe.

Métodos: Preparación de mermelada de plátano, caja-mango, guayaba (clara y oscura) y papaya con distintos contenidos de azúcar, y proceder a su caracterización físico-química (color, pH, contenido de humedad y acidez) y sensorial, a través de pruebas de preferencia y aceptabilidad.

Resultados: Las mermeladas preparadas tenían diferentes colores y valores de acidez, humedad y cenizas, lo que demuestra la posibilidad de producir diferentes productos. En relación a la preferencia de las mermeladas, 60% de los consumidores prefiere la menos dulce en el caso del plátano y guayaba (clara), mientras más del 67% de los participantes prefiere la mermelada de caja-mango más dulce. En cuanto a la guayaba oscura y papaya, los porcentajes fueron similares para ambos niveles de azúcar. Para todos los atributos analizados (aspecto, color, sabor, acidez, dulzor y evaluación global), la mayoría de los participantes les gustó un poco todas las mermeladas.

Conclusións: La producción de mermeladas en Santo Tomé y Príncipe se presenta como una actividad prometedora. La calidad de los atributos analizados debe monitorearse para satisfacer a los consumidores.

Palabras Clave: Mermeladas; plátano; caja-mango; guayaba; papaya.

INTRODUÇÃO

São Tomé e Príncipe é um pequeno país situado no Golfo da Guiné (Costa Ocidental Africana), que é constituído por duas ilhas, a ilha de São Tomé e a ilha do Príncipe. O clima é do tipo equatorial, favorável ao desenvolvimento e produção de uma grande diversidade de fruteiras. Salvo raras exceções, a grande maioria das frutas tem ocorrência sazonal e é consumida em fresco, existindo em quantidades significativas em determinados períodos do ano ao contrário do que sucede noutras alturas, o que leva a que parte da fruta não seja aproveitada. Em São Tomé e Príncipe não existe tradição de aproveitamento dos excedentes de fruta no período de abundância. No entanto, durante este período há uma grande disponibilidade de matéria-prima para a elaboração de derivados de fruta, como sejam os doces, geleias, sumos, entre outros. Contudo, são raros os casos em que é feita essa transformação.

De entre as frutas com maior distribuição e importância em São Tomé e Príncipe, cabe destacar a banana (*Musa spp.*), o mamão (*Carica papaya*), a cajá-manga (*Spondias dulcis* (syn. *Spondias cytherea*)) e a goiaba (*Psidium guajava*), que são frutos de características únicas em termos de aroma e paladar, e que interessa valorizar. A cajá-manga e a goiaba são frutas sazonais, enquanto que o mamão e a banana são frutos que podem ser consumidos em qualquer época do ano. Até agora, já foram feitos alguns estudos em compotas e geleias de frutas tropicais. No que diz respeito à banana, foram elaboradas geleias a partir de casca de banana (Lee, Yeom, Ha, & Bae, 2010; Borges et al., 2011), uma vez que esta é rica em pectina. Em relação à cajá-manga, Lago-Vanzela et al. (2011) observaram que geleias elaboradas a partir da polpa e casca deste fruto tiveram uma aceitação satisfatória. Relativamente à goiaba, em São Tomé existem duas variedades, nomeadamente, a goiaba escura e a goiaba clara. A goiaba é geralmente consumida in natura ou em forma de doce, chamada goiabada. Também são comuns os doces, geleias e sumos. No entanto, em São Tomé e Príncipe estas formas não são tão comuns. Em relação à goiaba, existem poucos trabalhos publicados sobre este tema. López, Ramírez, & Farinas (2000) num estudo realizado na Venezuela onde caracterizaram em termos físico-químicos goiabadas de três marcas de diferentes lotes, verificaram que existiam diferenças significativas entre marcas e lotes de cada marca em relação às características físico-químicas avaliadas (acidez, sólidos solúveis totais, açúcares redutores e cor), o que sugere alguma falta de controlo na elaboração das goiabadas. Fernandes et al. (2013) ao caracterizar sensorialmente geleias de goiaba elaboradas com açúcar mascavado e açúcar refinado verificaram que a cor e doçura são atributos importantes na escolha das geleias por parte do consumidor. No que diz respeito ao mamão, o facto de ter um rápido amadurecimento e capacidade de reduzir o colesterol no sangue, Rajarathnam (2010) sugere a elaboração de produtos à base deste fruto.

Apesar de já existirem alguns estudos em doces e geleias preparados a partir de banana, cajá-manga e goiaba, até ao momento, não foi realizado nenhum trabalho onde fossem utilizados frutos de São Tomé e Príncipe. Nesse sentido, o presente trabalho teve como objectivo: (I) Proceder à caracterização físico-química de quatro frutos tropicais, nomeadamente banana, cajá-manga, goiaba (escura e clara) e mamão de São Tomé e Príncipe; (II) Elaborar doces das frutas referidas anteriormente com diferentes teores de açúcar; (III) caracterizar esses doces em termos físico-químicos e organolépticos.

1. MÉTODOS

1.1 Amostra

Banana, cajá-manga, goiaba (clara e escura) e mamão foram colhidos em adequado estado de maturação em várias localidades do distrito de Mé-Zochi de São Tomé e Príncipe: 30 cajá-mangas foram colhidas na localidade de Capela Trindade, 30 goiabas claras em Bobô Forro, 30 goiabas escuras, 10 mamões e 21 bananas em Gramechele na Quinta das Palmeiras. Após colheita, os frutos foram transportados até ao laboratório sob refrigeração. À sua chegada, os frutos foram lavados com água desionizada e armazenados em refrigeração (24 horas máx.) até serem realizadas as análises.

1.2 Caracterização física dos frutos

Nos vários frutos avaliaram-se as dimensões axiais com o auxílio de um paquímetro e régua. Na cajá-manga, mamão e goiabas mediuse a altura e a largura dos frutos. No caso da banana foram medidos o diâmetro no ponto médio do fruto e o seu comprimento. Todas as frutas foram pesadas numa balança analítica (Kern, ACJ 220-4M, Alemanha). Por fim, fez-se a separação dos frutos nos vários constituintes, nomeadamente, polpa, casca e sementes, pesando-se cada um deles. No caso da banana, como as sementes são difíceis de separar da polpa, optou-se por não fazer separação desses dois constituintes do fruto.

1.3 Preparação dos doces

Para cada tipo de fruto prepararam-se doces com dois teores diferentes de açúcar, nomeadamente: (i) 1 kg de polpa de fruto para 600

g de açúcar (sacarose); e (ii) 1 kg de polpa para 800 g de açúcar, obedecendo aos requisitos do Decreto-Lei nº 230/2003. Após misturar a polpa com o açúcar, levou-se à ebulição até se obter um doce com a consistência desejada.

1.4 Caracterização físico-química dos doces

Em todos os doces preparados foram avaliados os seguintes parâmetros: cor, cinzas, pH, humidade e acidez. A cor dos doces foi avaliada com um colorímetro, Minolta CR-400 (Japão), no modo CIELab, avaliando-se as coordenadas L^* , a^* e b^* . O parâmetro L^* varia entre 0 (totalmente preto) e 100 (totalmente branco), o a^* varia de -60 (verde) a +60 (vermelho), e o b^* varia entre -60 (azul) e +60 (amarelo). O pH foi medido diretamente com um potenciómetro (Jenway, model 370 pH Meter, Inglaterra). A humidade foi determinada por perda de peso a 105°C até se atingir peso constante e as cinzas pelo método AOAC 940.26 (AOAC, 1940). A acidez (% de ácido cítrico) foi determinada por análise titrimétrica que consistiu numa titulação com NaOH 0,1 M (Eq. 1):

$$\text{Ácido cítrico (g/100g amostra)} = \frac{[\text{NaOH}](\text{mol/dm}^3) \times v_{\text{gasto}}(\text{dm}^3) \times (\text{MM}(\text{C}_6\text{H}_8\text{O}_7)/3) \times 100}{m_{\text{amostra}}(\text{g})} \quad (1)$$

1.5 Análise sensorial

De forma a avaliar a preferência e aceitação dos doces elaborados, realizaram-se provas organolépticas, recorrendo a um painel de consumidores (n=40). Estas provas decorreram em vários dias consecutivos, devido ao elevado número de amostras. Desse modo, em cada dia foram analisados doces do mesmo fruto, mas com teores diferentes de açúcar. Cada doce estava identificado com 3 dígitos aleatórios, tendo cada amostra cerca de 15 g. Os provadores foram convidados a assinalar qual dos doces preferiam, passando a classificar o que gostaram mais em termos de aceitação. Para tal, foi utilizada uma escala hedónica de 9 pontos: 1 - Desgostei extremamente, 2 - Desgostei muito, 3 - Desgostei moderadamente, 4 - Desgostei ligeiramente, 5 - Indiferente, 6 - Gostei ligeiramente, 7 - Gostei moderadamente, 8 - Gostei muito, 9 - Gostei extremamente. Os atributos que foram avaliados foram os seguintes: aparência, cor, paladar, acidez, doçura e apreciação global.

1.6 Análise estatística

A análise estatística foi executada com o software SPSS (v.19, SPSS Inc., Chicago). Para avaliar o efeito da razão fruto e teor de açúcar nas propriedades físico-químicas dos doces, recorreu-se a uma ANOVA *two-way* para determinar se existiam diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as duas amostras. Na análise sensorial dos doces aplicou-se o teste não paramétrico – Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. Este teste foi o escolhido porque permitiu comparar as funções de distribuição dos parâmetros avaliados numa escala ordinal relativos a duas amostras independentes, designadamente, os mais doces e os menos doces. Para avaliar o papel do género na preferência dos doces, o Teste do Qui-quadrado ou o Teste de Fisher foram aplicados.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 Caracterização física dos frutos

As dimensões axiais e as massas da casca, polpa e sementes dos frutos estudados encontram-se descritas na Tabela 1. De todas as frutas estudadas aquela que apresentou a maior massa, em termos médios, foi o mamão, seguida da banana e da cajá-manga. Pelo contrário, a goiaba clara e escura foram as que apresentaram as massas menores. Em relação às dimensões axiais, o mamão foi a fruta que apresentou os maiores valores de altura e largura. Em termos de rendimento de polpa, a cajá-manga e a goiaba escura foram aquelas que apresentaram os maiores valores, face às restantes frutas. Contudo, verificou-se que as cinco frutas estudadas apresentaram um rendimento em polpa superior a 70%, o que demonstra serem adequadas para a elaboração de doces.

Tabela 1 - Caracterização física das frutas

Fruto	Massa [g]	Altura [mm]	Largura [mm]	Massa da Casca [g]	Massa das Sementes [g]	Massa da Polpa [g]	Rendimento em polpa [%]
Cajá-manga	126,6±15,6	70,0±4,3	55,9±2,6	14,0±2,3	10,3±2,8	102,3±14,2	80,7±2,4
Mamão	143,3±34,4	18,3±1,0 ^a	36,4±6,1 ^b	41,6±6,9	-	101,6±28,3	70,6±2,4
Goiaba escura	36,7±12,4	41,9±4,6	38,1±4,1	7,5±2,4	Aprox. 3,7	29,2±10,4	79,1±3,6
Goiaba clara	47,0±12,7	47,0±4,6	42,2±3,9	11,9±2,4	Aprox. 5,2	35,1±10,7	74,0±3,5
Cajá-manga	552,9±178,9	112,5±11,5	98,4±11,7	97,7±24,6	55,5±33,2	399,7±125,6	72,4±2,2

Média ± Desvio Padrão. ^aO valor refere-se ao comprimento do fruto. ^bO valor refere-se ao diâmetro do fruto medido no meio deste.

2.2 Caracterização físico-química dos doces

Em primeiro lugar, verificou-se que o efeito do açúcar nos parâmetros físico-químicos analisados foi influenciado pelo fruto utilizado na formulação dos doces, uma vez que se observaram interações significativas entre esses dois fatores (Tabela 2). Pela análise dos diferentes doces preparados (Tabela 3), os doces de cajá-manga apresentaram os menores valores de pH (2,59 e 2,62). Contudo, não foram detetadas diferenças significativas entre os doces com teores diferentes de açúcar. Já entre os dois doces de mamão (maiores valores de pH) foram detetadas diferenças significativas entre eles. Estes valores de pH foram semelhantes aos determinados em doces dietéticos de cajá-manga (2,42 a 2,92) (Mamede et al. 2013) e em doces de goiaba preparados com açúcar (3.80 and 4.02) (Marquina, Araujo, Ruíz, Rodríguez-Malaver, & Vit, 2008; Correa et al. 2011) e adoçante (3,75) (Correa et al. 2011). Pelo contrário, os valores de pH determinados neste trabalho para os doces de goiaba foram superiores ao valor médio (3,28) referido por López et al. (2000) para três goiabadas comerciais analisadas. Segundo Mamede et al. (2013), o pH de 3,2 é um valor de referência para a formação do gel e obtenção de uma consistência adequada, já que um pH inferior a 3,2 originará um doce de maior consistência e um pH superior, a um doce com menor consistência. Ao ter em conta este valor de referência, constatou-se que só os doces de cajá-manga apresentaram um pH inferior a 3,2, explicando a sua consistência mais firme. Já os de banana e mamão apresentaram uma menor consistência, uma vez que apresentaram valores de pH superiores. Em relação à acidez, os valores não foram significativamente diferentes em relação aos doces formulados com teores diferentes de açúcar, com a exceção da cajá-manga. Segundo Mamede et al. (2013), valores de acidez superiores a 1% causam sinérese. Todos os doces preparados no presente trabalho apresentaram valores de acidez inferiores a 1%, não sendo observado esse fenómeno. Os valores de acidez determinados, tanto para a goiaba escura como para a clara, foram idênticos ao valor médio (0,59% em ácido cítrico) determinado por López et al. (2000) para três goiabadas comerciais, mas superiores a 0,12% determinados para doces de goiaba com e sem açúcar por Correa et al. (2011).

Tabela 2 – Caracterização físico-química dos doces elaborados.

	pH	<i>L</i> *	<i>a</i> *	<i>b</i> *	Acidez [% ácido cítrico]	Teor de humidade [%]	Teor de cinzas [%]
Doce							
Cajá-manga	2,61±0,03 ^a	31,60±0,46 ^{a,b}	0,72±1,21 ^b	15,34±0,47 ^a	0,70±0,18 ^c	52,86±1,02 ^c	0,12±0,11 ^a
Mamão	4,82±0,05 ^e	40,90±0,64 ^d	0,84±0,41 ^b	16,97±0,35 ^b	0,16±0,03 ^a	51,75±2,67 ^b	0,38±0,03 ^e
Goiaba escura	3,76±0,02 ^c	31,69±1,05 ^b	11,31±0,64 ^d	14,95±0,87 ^a	0,60±0,05 ^c	55,62±3,14 ^d	0,33±0,10 ^c
Goiaba clara	3,88±0,02 ^d	34,54±1,95 ^c	4,15±0,04 ^c	17,77±1,09 ^c	0,38±0,01 ^b	56,28±4,08 ^e	0,40±0,04 ^e
Banana	4,96±0,04 ^b	31,42±1,60 ^a	0,50±1,56 ^a	21,40±2,37 ^d	0,31±0,03 ^b	48,44±2,44 ^a	0,25±0,10 ^b
valor-p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Proporção [Polpa:Açúcar]							
1:0.6	4,01±0,00	34,86±3,88 ^a	3,49±4,74 ^a	18,05±3,14 ^a	0,39±0,16 ^a	54,37±4,34 ^a	0,36±0,08 ^a
1:0.8	4,01±0,89	33,20±3,91 ^b	3,52±4,10 ^b	16,52±1,80 ^b	0,47±0,25 ^b	51,61±2,87 ^b	0,23±0,13 ^b
valor-p	0,864	<0,001	0,027	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Doce × Proporção [Polpa:Açúcar]							
valor-p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,006	<0,001	<0,001

Valores seguidos com letras diferentes em cada coluna, diferem significativamente entre si ($p < 0,05$)

Table 3 – Parâmetros físico-químicos determinados nos distintos doces de fruta de São Tomé e Príncipe elaborados no presente trabalho.

Doces ^a	pH	Acidez [% ácido cítrico]	Cor			Teor de humidade [%]	Teor de cinzas [%]
			<i>L</i> *	<i>a</i> *	<i>b</i> *		
Cajá-manga (1:0,6)	2,59±0,01 ^a	0,58±0,04 ^a	31,19±0,22 ^a	1,72±0,11 ^a	14,94±0,53 ^a	53,72±0,25 ^a	0,22±0,01 ^a
Cajá-manga (1:0,8)	2,62±0,01 ^a	0,83±0,13 ^b	31,97±0,13 ^b	-0,31±0,06 ^b	15,59±0,21 ^a	52,00±0,32 ^b	0,03±0,00 ^b
Banana (1:0,6)	4,80±0,04 ^a	0,15±0,03 ^a	41,38±0,18 ^a	0,47±0,09 ^a	17,18±0,19 ^a	49,44±0,25 ^a	0,40±0,00 ^a
Banana (1:0,8)	4,86±0,01 ^b	0,17±0,00 ^a	40,29±0,14 ^b	1,19±0,02 ^b	16,61±0,13 ^b	54,06±0,00 ^b	0,36±0,00 ^b

Doces ^a	pH	Acidez [% ácido cítrico]	Cor			Teor de humidade [%]	Teor de cinzas [%]
			L*	a*	b*		
<i>Goiaba escura (1:0,6)</i>	3,76±0,01 ^a	0,56±0,03 ^a	32,62±0,06 ^a	11,83±0,05 ^a	15,69±0,03 ^a	58,34±0,12 ^a	0,42±0,02 ^a
<i>Goiaba escura (1:0,8)</i>	3,77±0,01 ^a	0,64±0,01 ^a	30,77±0,01 ^b	10,77±0,08 ^b	14,18±0,03 ^b	52,90±0,00 ^b	0,24±0,01 ^b
<i>Goiaba clara (1:0,6)</i>	3,88±0,01 ^a	0,36±0,02 ^a	36,21±0,03 ^a	4,19±0,02 ^a	18,70±0,03 ^a	59,81±0,03 ^a	0,44±0,00 ^a
<i>Goiaba clara (1:0,8)</i>	3,86±0,01 ^a	0,39±0,01 ^a	32,83±0,04 ^b	4,14±0,04 ^a	16,78±0,08 ^b	52,75±0,06 ^b	0,37±0,00 ^b
<i>Mamão (1:0,6)</i>	5,00±0,01 ^a	0,29±0,03 ^a	32,70±0,31 ^a	-0,94±0,22 ^a	23,18±0,49 ^a	50,55±0,08 ^a	0,33±0,04 ^a
<i>Mamão (1:0,8)</i>	4,93±0,01 ^b	0,32±0,02 ^a	29,79±0,45 ^b	1,91±0,11 ^b	19,39±0,08 ^b	46,32±0,09 ^b	0,17±0,02 ^b

Média±Desvio Padrão. Para cada doce, valores seguidos com letras diferentes em cada coluna, diferem significativamente entre si ($p < 0,05$). ^aOs valores entre parêntesis indicam a proporção de polpa e açúcar (m:m).

A cor é um parâmetro importante para a futura aceitabilidade do produto por parte do consumidor. Os doces de banana foram aqueles que apresentaram os maiores valores de L^* (Tabela 3). Com exceção dos doces de cajá-manga, os preparados com um maior teor de açúcar apresentaram sempre menores valores de L^* em comparação aos preparados com uma menor quantidade de açúcar, devido à caramelização dos açúcares e consequente formação de hidroximetilfurfural (HMF), o qual é geralmente um produto intermédio, capaz de sofrer polimerização, produzindo melanina, composto responsável pelo escurecimento do produto (Mamede et al., 2013). Em relação ao parâmetro a^* , verificou-se que os doces que apresentaram valores negativos (o que sugere uma cor mais esverdeada) foram os de cajá-manga (1:0,8) e mamão (1:0,6). Já pelo contrário, os que apresentaram os maiores valores positivos foram os de goiaba escura, seguidos dos de goiaba clara, resultado da sua cor vermelha intensa. Além disso, os doces de goiaba clara e escura preparados com menos açúcar apresentaram valores de a^* superiores, devido à maior proporção de polpa de fruta nestes doces. Em termos do parâmetro b^* , este foi sempre superior ao a^* , indicando a importância da tonalidade amarela nestes doces. Os maiores valores de b^* foram obtidos nos doces de mamão, seguidos dos de goiaba clara e banana. Em geral, doces com menos açúcar (1:0,6) apresentaram valores médios significativamente superiores de b^* quando comparados com os preparados com mais quantidade de açúcar, devido à tonalidade amarelada da polpa.

O teor de humidade variou entre doces com diferentes teores de açúcar (Tabela 3), tendo-se verificado uma diminuição com a concentração de açúcar usada (Tabela 3). Os valores determinados no presente trabalho foram superiores aos descritos por Mamede et al. (2013) para doces de cajá-manga (26,27 a 31,98%), mas inferiores aos reportados por Correa et al. (2011) que determinaram teores de humidade médios de 75,00 e 71,24% para doces de goiaba com e sem açúcar na sua formulação, respetivamente. Marquina et al. (2008) também obtiveram um menor teor de humidade médio para a goiabada, igual a 23,21%, valor este inferior ao determinado nos doces de goiaba do presente estudo. Relativamente ao teor de cinzas (Tabela 3), verificou-se que o conteúdo em minerais diminuiu com o teor de açúcar em todos os doces elaborados, porque o açúcar utilizado na elaboração dos doces era açúcar refinado, o qual apresenta um baixo teor em minerais. Os teores em cinza determinados no presente trabalho foram semelhantes aos descritos por Mamede et al. (2013) para doces de cajá-manga, entre 0,2 e 0,3%. Já Correa et al. (2011) determinaram um teor em cinzas médio de 0,60% para doces de goiaba com e sem açúcar na sua formulação e Marquina et al. (2008) de 0,50% em goiabada, valores superiores aos determinados no presente trabalho.

2.3 Análise sensorial

Observou-se que a escolha do doce tendo em conta o teor de açúcar não foi dependente do género ($p > 0,05$). Ao considerar a preferência dos provadores para um dos dois teores de açúcar de cada doce, verificou-se que para o caso da goiaba clara e banana, mais de 60% dos consumidores preferiram os doces menos doces (65 and 75%, respetivamente). Pelo contrário, mais de 67% dos provadores preferiram o doce de cajá-manga mais doce. No caso da goiaba escura e mamão, as percentagens foram semelhantes, com uma ligeira preferência pelo menos doce no caso da goiaba escura (52%) e pelo mais doce no caso do mamão (55%). Os resultados obtidos para o doce de goiaba escura foram semelhantes aos descritos por Fernandes et al. (2013) após caracterizarem sensorialmente geleias de goiaba elaboradas com açúcar mascavado e açúcar refinado, tendo sido as geleias menos doces as preferidas.

Em relação à aceitabilidade dos doces (Tabela 4 e Figura 1), não se detetaram diferenças significativas entre os que contêm diferentes teores de açúcar, para todos os parâmetros avaliados. Todos os doces apresentaram médias superiores a 6, indicando que os provadores gostaram dos doces. Em termos de apreciação global, as médias situaram-se entre os 7,31 e os 7,92, valores que sugerem uma boa aceitação futura dos doces por parte dos consumidores e revelam boas perspetivas para a indústria destas frutas tropicais de São Tomé e Príncipe.

Tabela 4 – Teste de aceitabilidade aos doces.

	Cajá-manga		Banana		Goiaba clara		Goiaba escura		Mamão	
	Menos doce (1:0,6)	Mais doce (1:0,8)								
Aparência	7,62±0,96 ^a	7,63±1,39 ^a	6,58±1,42 ^a	6,93±1,00 ^a	7,32±0,78 ^a	7,40±0,68 ^a	7,67±0,96 ^a	7,80±1,14 ^a	7,68±1,06 ^a	7,78±0,90 ^a
Cor	7,77±0,83 ^a	7,81±1,21 ^a	5,92±1,79 ^a	7,00±1,30 ^a	7,50±0,80 ^a	7,70±0,98 ^a	7,53±0,97 ^a	7,30±1,06 ^a	8,05±0,91 ^a	7,65±0,71 ^a
Paladar	7,77±1,09 ^a	7,48±1,37 ^a	7,35±1,09 ^a	7,64±0,93 ^a	7,36±1,53 ^a	7,30±0,92 ^a	7,93±0,98 ^a	7,40±1,71 ^a	7,00±1,80 ^a	7,17±1,72 ^a
Acidez	7,08±1,50 ^a	7,15±1,59 ^a	7,38±1,17 ^a	6,86±1,79 ^a	7,00±1,57 ^a	7,10±1,25 ^a	7,40±1,25 ^a	7,20±1,55 ^a	7,05±1,61 ^a	6,65±2,01 ^a
Doçura	7,38±1,19 ^a	7,22±1,40 ^a	7,23±1,11 ^a	7,64±1,08 ^a	7,23±1,69 ^a	7,05±1,28 ^a	7,93±0,78 ^a	7,30±1,16 ^a	6,89±1,73 ^a	6,65±1,70 ^a
Apreciação Global	7,92±0,95 ^a	7,59±1,39 ^a	7,31±1,26 ^a	7,57±0,76 ^a	7,50±1,18 ^a	7,35±1,04 ^a	7,80±0,89 ^a	7,50±1,35 ^a	7,79±0,85 ^a	7,35±0,65 ^a

Média±Desvio Padrão. Para cada doce, valores seguidos com letras iguais em cada linha, não diferem significativamente (p > 0.05).

CONCLUSÕES

Estes resultados sugerem que a formulação de doces a partir de frutas tropicais de São Tomé e Príncipe pode surgir como uma mais-valia para valorizar os excedentes de produção, permitindo a introdução de doces produzidos neste país em mercados nacional e internacional, o que não é até este momento uma prática comum. Os doces de banana e de goiaba clara com uma menor quantidade de açúcar foram os preferidos pelos consumidores, enquanto para o doce de cajá-manga preferiram o mais doce. No caso de goiaba escura e mamão, ambos os doces (com menos e mais açúcar) tiveram aceitabilidades semelhantes, com uma ligeira preferência pelo menos doce no caso da goiaba escura e pelo mais doce no caso do mamão. No entanto, como sugestão para trabalho futuro, questões de segurança alimentar e de estabilidade dos produtos devem ser abordadas.

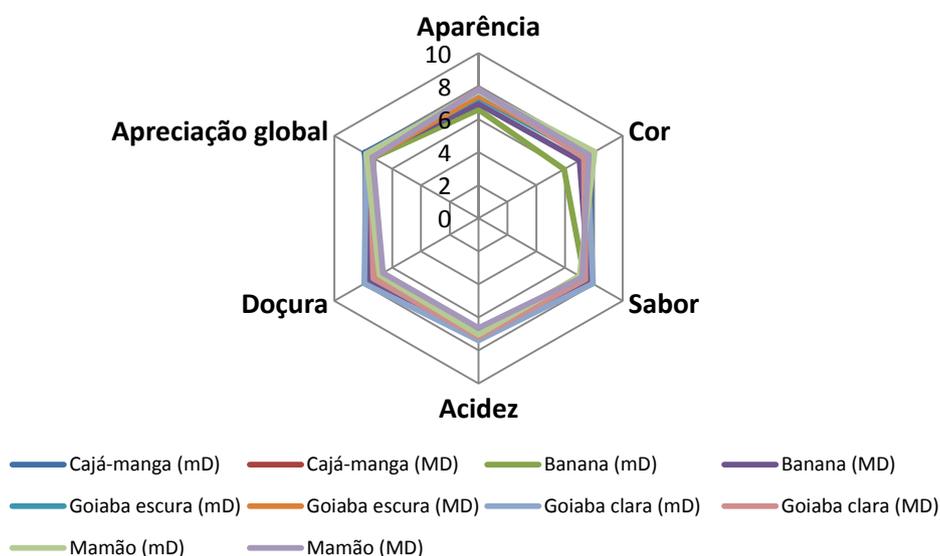


Figura 1 – Características sensoriais dos doces de cajá-manga, banana, goiaba clara e escura, e mamão (mD – menor teor de açúcar; MD – maior teor de açúcar).

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Fundação para a Ciência e à Tecnologia (FCT, Portugal) e FEDER no âmbito do Programa PT2020 pelo apoio financeiro ao CIMO (UID/AGR/00690/2013).

REFERÊNCIAS

- Association of Official Analytical Chemists (1940). AOAC Official Method 940.26 Ash of Fruits and Fruit Products. *Journal of AOAC International*, 23, 314.
- Borges, S. V., Valente, W. A., Figueiredo, L. P., Dias, M. V., Pereira, P. P., Pereira, A. G. T., & Clemente R. R. (2011). Quality evaluation of banana skin extract jellies. *Food Science and Technology International*, 17, 177-183. <https://doi.org/10.1177/1082013210381945>
- Correa, R. C. G., Sora, G. T. S., Haminiuk, C. I. W., Ambrosio-Ugri, M. C. B., Bergamasco, R., & Vieira, A. M. S. (2011). Physico-chemical and sensorial evaluation of guava jam made without added sugar. *Chemical Engineering Transactions*, 24, 505-510. <http://dx.doi.org/10.3303/CET1124085>.
- Fernandes, L. G. V., Braga, C. M. P., Kajishima, S., Spoto, M. H. F., Borges, M. T. M. R., & Verruma-Bernardi, M. R. (2013). Caracterização físico-química e sensorial de geleias de goiaba preparadas com açúcar mascavo. *Revista Brasileira de Produtos Agroindustriais*, 15 (2), 167-172. <http://dx.doi.org/10.15871/1517-8595/rbpa.v15n2p167-172>
- Lago-Vanzela, E. S., Ramin, P., Umsza-Guez, M. A., Santos, G. V., Gomes, E., & Da Silva, R. (2011). Chemical and sensory characteristics of pulp and peel “cajá-manga” (*Spondias cytherea* Sonn.) jelly = Caracterização química e sensorial de geleia da casca e polpa de cajá-manga (*Spondias cytherea* Sonn). *Ciência e Tecnologia de Alimentos*, 31(2), 398-405. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-20612011000200018>
- Decreto-Lei nº 230/2003. (2013, Setembro 27). Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva nº 2001/113/CE (EUR-Lex), do Conselho, de 20 de Dezembro, relativa aos doces e geleias de frutos, citrinadas e creme de castanha destinados à alimentação humana. [Portugal]. *Diário da República*, I (224). pp. 6323-6327. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/493638>.
- Lee, E. H., Yeom, H. J., Ha, M. S., & Bae, D. H. (2010). Development of banana peel jelly and its antioxidant and textural properties. *Food Science and Biotechnology*, 19 (2), 449-455. <http://dx.doi.org/10.1007/s10068-010-0063-5>.
- López, G. R., Ramírez, A. O., & Farinas, L. G. (2000). Evaluación fisicoquímica y microbiológica de tres mermeladas comerciales de guayaba (*Psidium guajava* L.) = Physicochemical and microbiological evaluation of three commercial guava jams (*Psidium guajava* L.). *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 50(3), 291-295.
- Mamede, M. E. O., Dib de Carvalho, L., Viana, E. S., Alves de Oliveira, L., Soares, W. S. F., & Ritzinger, R. (2013). Production of dietetic jam of umbu-caja (*Spondias* sp.): physical, physicochemical and sensorial evaluations. *Food and Nutrition Sciences*, 4, 461-468. <http://dx.doi.org/10.4236/fns.2013.44059>.
- Marquina, V., Araujo, L., Ruíz, J., Rodríguez-Malaver, A., & Vit P. (2008). Composición química y capacidade antioxidante en fruta, pulpa y mermelada de guayaba (*Psidium guajava* L.). *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 58(1), 98-102. Disponível em: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2008/1/art-14/>.
- Rajarathnam, S. (2010). Perspectives of processing papaya (*Carica papaya*) fruit: national and international strategies. *Acta Horticulturae*, 851, 547-553. <http://dx.doi.org/10.17660/ActaHortic.2010.851.84>.



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

millenium

UM OLHAR SOBRE O CENTRO APOIO ALZHEIMER VISEU
A LOOK AT THE ALZHEIMER SUPPORT CENTER VISEU
UNA MIRADA AL CENTRO APOYO ALZHEIMER VISEU

87
87
87

Millenium, 2(3), 87-96.

UM OLHAR SOBRE O CENTRO APOIO ALZHEIMER VISEU
A LOOK AT THE ALZHEIMER SUPPORT CENTER VISEU
UNA MIRADA AL CENTRO APOYO ALZHEIMER VISEU

José Carreira¹
Sandrina Rodrigues¹
Emília Vergueiro¹

¹Obras Sociais da Câmara Municipal e Serviços Municipalizados de Viseu, Centro de Apoio Alzheimer Viseu, Viseu, Portugal

José Carreira - jagcarreira@gmail.com | Sandrina Rodrigues - sandrina.neri.r@gmail.com | Emília Vergueiro - emilia.vergueiro@gmail.com

Autor Correspondente

Maria Emília de Clara Vergueiro
Rua Carmindo Nogueira, lote 126, 4º Direito Posterior
3510-198 Viseu, Portugal
emilia.vergueiro@gmail.com

RECEBIDO: 30 de novembro de 2016

ACEITE: 06 de abril de 2017

RESUMO

Introdução: Em todo o mundo é diagnosticado um novo caso de demência a cada 3 segundos, perfazendo cerca de 9,9 milhões de novos casos em 2015 (Prince, *et al.*, 2015). A demência é uma síndrome orgânica adquirida, geralmente crónica, caracterizada pela perda progressiva de capacidades cognitivas e funcionais devido à degeneração gradual das diversas zonas cerebrais. Compromete a vida pessoal, familiar, profissional e social do indivíduo, afetando severamente a sua autonomia e independência. (Nunes, 2014).

Objetivos: Caracterizar o perfil e as necessidades dos cuidadores que o procuram os serviços do Centro de Apoio ao Alzheimer Viseu (CAAV).

Métodos: Estudo exploratório desenvolvido tendo por base os dados de uma amostra de 166 cuidadores de pessoas com demência que recorreram ao do CAAV entre 2014 e 2017. São maioritariamente cuidadores informais (137), que em algum momento prestaram apoio a tempo inteiro ao doente, sem qualquer ajuda externa, prevalecendo a procura por parte do sexo feminino, com 128 pedidos de apoio, contra 38 cuidadores do sexo masculino.

Resultados: Os serviços mais procurados no CAAV são: apoio técnico, social/médico/jurídico, bem como o apoio psicológico e o grupo de suporte. A maior parte das pessoas que solicitam estes serviços são mulheres, nomeadamente filhas/os dos pacientes (49%), seguindo-se os conjugues (27%), sendo a demência de Alzheimer a patologia mais frequentemente referenciada.

Conclusões:

Os resultados mostram que o CAAV se assume uma entidade com impacto individual e social, pelo que tendo por base o modelo de Atenção Centrada na Pessoa, o CAAV pretende a curto e médio prazo criar novos serviços de suporte às necessidades e exigências das pessoas com demência e seus cuidadores.

Palavras-chaves: Alzheimer; Demência; Cuidadores; Intervenção.

ABSTRACT

Introduction: Every 3 seconds, a new case of dementia is diagnosed around the world, amounting around 9.9 million of new cases in 2015. (Prince, *et al.*, 2015) Dementia is an acquired organic syndrome, usually chronic, characterized by the progressive loss of cognitive and functional capacities due to the gradual degeneration of the several cerebral zones. It compromises the personal, family, professional and social life of the individual, severely affecting their autonomy and independence. (Nunes, 2014)

Objective: To characterize the profile and needs of caregivers who seek the services of *Centro de Apoio ao Alzheimer Viseu* (CAAV).

Methods: An exploratory study developed based on data from a sample of 166 caregivers of people with dementia who recruited the CAAV between 2014 and 2017.

They are mostly informal caregivers (137), who at some point provided full-time support to the patient without any outside help, with female demand prevailing with 128 requests for support against 38 male caregivers.

Results: The most sought after services in CAAV are: technical, social / medical / legal support, as well as psychological support and support group. Most of the people who request these services are women, especially the patients' daughters (49%), followed by the spouses (27%), with Alzheimer dementia being the most frequently referred pathology.

Conclusions: The results show that the CAAV assumes an entity with individual and social impact, so based on the Person Centered Care model, CAAV intends in the short and medium term to create new services to support the needs and demands of people with dementia and their caregivers.

Keywords: Alzheimer; Dementia; Caregivers; Intervention.

RESUMEN

Introducción: En todo el mundo es diagnosticado un nuevo caso de demencia cada 3 segundos, un total de 9,9 millones de nuevos casos en 2015 (Prince, *et al.*, 2015). La demencia es un síndrome orgánico adquirido, generalmente crónica, caracterizado por la pérdida progresiva de la capacidad cognitiva y funcional, debido a la degeneración gradual de numerosas áreas cerebrales. Comprometida con la vida personal, familiar, profesional y las condiciones sociales del individuo, lo que afecta gravemente su autonomía e independencia. (Nunes, 2014).

Objetivo: Caracterizar el perfil y las necesidades de los cuidadores que buscan los servicios del Centro de Apoyo al Alzheimer Viseu (CAAV).

Métodos: Estudio exploratorio desarrollado teniendo como base los datos de una muestra de 166 cuidadores de personas con demencia que recurrieron al del CAAV entre 2014 y 2017. Son mayoritariamente cuidadores informales (137), que en algún

momento prestaron apoyo a tiempo completo al paciente, sin ninguna ayuda externa, prevaleciendo la demanda por parte del sexo femenino, con 128 solicitudes de apoyo, contra 38 cuidadores del sexo masculino.

Resultados: Los servicios más buscados en el CAAV son: apoyo técnico, social / médico / jurídico, así como el apoyo psicológico y el grupo de apoyo. La mayoría de las personas que solicitan estos servicios son mujeres, en particular hijas / os de los pacientes (49%), seguido de los conjugues (27%), siendo la demencia de Alzheimer la patología más frecuentemente referenciada.

Conclusiones: Los resultados muestran que el CAAV se asume una entidad con impacto individual y social, por lo que teniendo como base el modelo de Atención Centrada en la Persona, el CAAV pretende a corto y medio plazo crear nuevos servicios de soporte a las necesidades y exigencias de las personas con demencia Y sus cuidadores.

Palabras Clave: Alzheimer; Demencia; Cuidadores; Intervención.

INTRODUÇÃO

As demências são uma das principais causas de incapacidade e de dependência entre as pessoas de mais idade por todo o mundo. Segundo a Alzheimer's Disease International existem neste momento cerca de 46,8 milhões de pessoas com demência a nível mundial, prevendo-se que este número possa duplicar nos próximos 20 anos (Prince et al., 2015).

O termo demência designa uma síndrome orgânica adquirida, geralmente crónica, caracterizada pela perda progressiva de capacidades cognitivas e funcionais, devido à degeneração gradual das diversas zonas cerebrais. Daqui resultam diversos sintomas e incapacidades do sujeito para realizar as mais diversas atividades familiares, sociais, laborais e quotidianas, produzindo uma desadaptação pessoal ao seu meio. À medida que a demência progride, assiste-se a uma total perda de independência e autonomia, requerendo uma ajuda e uma supervisão constantes (Peña-Casanova, 1999).

A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais comum – 50% a 70% dos casos de demência (Pontes, 2016), e apesar de não constituir uma patologia normativa ao processo de envelhecimento, é muitas vezes rotulada como sendo uma “doença dos idosos”. Embora a idade seja o fator de risco mais referenciado para o surgimento de demências, outros fatores podem interligar-se para proporcionar o seu aparecimento, nomeadamente fatores genéticos, stress oxidativo, fatores de natureza vascular, traumatismos crânio encefálicos, tóxicos ambientais, consumo de tabaco, apneia do sono, baixa escolaridade, entre outros (Nunes, 2014). No seguimento de vários estudos, acredita-se que não existe um fator que seja a causa em particular, derivando, sim, de um conjunto de fatores que afetam cada sujeito, mediante a sua individualidade, desenvolvendo-se ao longo dos anos (U.S. Department of Health & Human Services, 2006).

Apesar do investimento que tem vindo a ser feito, na procura pela cura da doença, esta é ainda irreversível, e os tratamentos farmacológicos aliados a técnicas cognitivas de reabilitação, tão amplamente difundidos nestes casos, apenas permitem uma melhoria e uma diminuição das alterações comportamentais, uma estabilização dos défices cognitivos durante algum tempo, bem como a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares (Bottino et al., 2002; Marksteiner & Schmidt, 2004).

Na ausência de cura, uma das prioridades recai sobre a procura de estratégias que ajudem os cuidadores a lidarem adequadamente com estes doentes, assim como a identificação de sintomas e fatores de risco de modo a reduzir a prevalência e o impacto da patologia (U.S. Department of Human Health & Human Services, 2008).

Por inexistência de respostas especializadas ao nível do apoio aos cuidadores, pacientes e seus familiares no concelho de Viseu, as Obras Sociais do Povo da Câmara Municipal e dos Serviços Municipalizados de Viseu (IPSS) desenvolveram o projeto Centro de Apoio ao Alzheimer Viseu (CAAV).

O propósito inicial seria, prestar apoio psicológico e social aos familiares e cuidadores – formais e informais – de pessoas que sofrem com a Doença de Alzheimer (DA) ou outras demências. Atualmente centra a sua atuação em quatro pilares fundamentais - Prevenção, Diagnóstico, Acompanhamento no percurso da doença e no processo de Luto -, disponibilizando também um conjunto de serviços direcionados para o doente, bem como para a população em geral.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A DA caracteriza-se por uma alteração global e persistente do funcionamento cognitivo, suficientemente grave para ter consequências na vida do paciente. De carácter degenerativo, associa-se a um processo orgânico, com um início lento e insidioso, evolui de forma progressiva/gradual (Peña-Casanova, 1999). Inicia-se por uma fase assintomática ou pré-clínica em que a doença ainda não está suficientemente desenvolvida para provocar alterações no funcionamento cognitivo, são visíveis alterações da memória verbal difíceis de distinguir das alterações mnésicas do envelhecimento normal. A fase demencial vem com os primeiros sintomas, que se agravam, começando a interferir na vida da pessoa. A deterioração das perturbações cognitivas e psicocomportamentais levam à perda de autonomia e de independência, e posteriormente, à morte, num processo que pode durar entre 8/12 anos (Nunes, 2014).

Ainda que os sinais, sintomas e o desenvolvimento das manifestações da DA sejam diferentes de pessoa para pessoa, existem traços comuns na sua evolução temporal que permitem definir alguns estadios de progressão. A World Health Organization (2012) estabeleceu três estadios:

- 1- Inicial – dificuldades na linguagem, na memória, desorientação no tempo e no espaço, dificuldades em tomar decisões, falta de iniciativa e motivação para iniciar tarefas (tanto as mais familiares ou prazerosas, como novas) ou conversações, manifestação de sinais de depressão e agressividade e a perda do interesse pelo trabalho ou *hobbies*;
- 2- Intermédio – graves alterações de memória (esquecimento de acontecimentos recentes, do nome de pessoas próximas, etc.), incapacidade de viver e desempenhar sozinho, as Atividades de Vida Diárias (AVD), demonstração de acentuadas dificuldades na comunicação, deambulação, desorientação em ambientes familiares, repetições sistemáticas e alucinações;
- 3- Tardio – total dependência e inatividade, apatia e mutismo, graves problemas de memória, deterioração física, dificuldades em alimentar-se, não reconhecimento de familiares ou amigos nem de objetos conhecidos, total desorientação, impossibilidade de entender e interpretar corretamente as situações, dificuldades em caminhar, surgimento de incontinência urinária e fecal, deslocamento só possível em cadeira de rodas ou mesmo estar acamado, perda total da comunicação entre o cérebro e o corpo.

São sobretudo as alterações no âmbito da funcionalidade (desempenho nas Atividades de Vida Diárias – AVD – que são o conjunto de atividades que uma pessoa executa com uma frequência diária para viver de forma independente e integrada no seu meio ambiente e para cumprir o seu papel social), que determinam o momento em que a pessoa com demência começa a necessitar da ajuda de outrem (Figueiredo, 2007; Pimentel, 2001).

O cuidador designa a pessoa que presta cuidados a alguém que deles necessita, sendo uma atividade complexa que engloba dimensões psicológicas, éticas, sociais, e aspetos clínicos, técnicos e comunitários (Luders & Storani, 2000). A prestação de cuidados envolve três dimensões principais: responsabilidade pelo outro; dar resposta às necessidades; e preocupação de quem se cuida (Squire, 2005). O cuidador pode ser formal (presta cuidados no âmbito das suas funções profissionais), ou informal (presta cuidados de forma regular, sem que para isso receba qualquer contribuição económica) (Feldberg et al., 2011; Figueiredo, 2007). O cuidador informal realiza tarefas como: promover uma vigilância adequada do estado de saúde da pessoa cuidada; prolongar a sua independência e a autonomia; promover um ambiente seguro, de modo a evitar acidentes, e confortável, propiciador de um sono adequado; supervisão e orientação nas atividades realizadas; estimular a comunicação, a socialização, a atividade física e o interesse pelas atividades de lazer/sociais; ajudar a recordar a sua história e projeto de vida; prestar outros tipos de cuidados recomendados pelos profissionais de saúde; entre outros (Sequeira, 2007).

Na maior parte dos casos, em especial nos países do sul da Europa, estes cuidados partem da família (Figueiredo, 2007). O papel de cuidador principal é assumido naturalmente por um membro desta e consta, na maioria dos casos, como a única fonte de ajuda para o doente (Fernández-Lansac & Crespo, 2011). No seio familiar, o papel de cuidador principal é assumido partindo de alguns fatores, nomeadamente o grau de parentesco e género (feminino), a proximidade física e afetiva. São portanto, em regra geral, as cônjuges a assumir esse papel, seguindo-se as filhas, e as noras (Figueiredo, 2007).

Os familiares assumem este papel, ou pelo fato de o sentirem como um dever social e moral, por altruísmo, pela obtenção de aprovação social ou evitamento da censura, por sentimentos de gratidão e reciprocidade em relação à pessoa cuidada, ou até mesmo por recompensa material (Figueiredo, 2007). A institucionalização é normalmente o último recurso, apenas e só quando o cuidador principal e os secundários (quem presta cuidados ocasionalmente, sem responsabilidade do cuidar) já não conseguem proporcionar todos os cuidados necessários ou quando a sua prestação acarreta um sofrimento e um desgaste tão fortes que o cuidador se sente incapaz de o continuar a realizar (Pimentel, 2001; Figueiredo 2007).

As funções do cuidador estão intrinsecamente ligadas ao grau de dependência do doente, estando as responsabilidades deste em constante alteração, mediante o avanço da doença (Figueiredo, 2007). Numa fase inicial, o cuidado centra-se essencialmente numa supervisão com vigilância e atenção constantes. Com o avanço da doença, a supervisão dá lugar à substituição da pessoa nas suas próprias atividades. A fase final representa uma total dependência do cuidador (Ferreira, 2008).

A assunção do papel de cuidar trás impactos negativos à vida do cuidador, sendo um dos mais estudados a sobrecarga. Definida por George & Gwyther (1986) (cit por Figueiredo, 2007, p. 53) como “os problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que podem ser experienciados pelos membros da família que cuidam”. A sobrecarga dos cuidadores apresenta-se como sendo limitante, havendo referências de esgotamento físico e emocional por parte destes, assim como sentimentos de culpa pela dificuldade em dar resposta a todas as necessidades do doente (Garriga, 2007). Contribui ainda para um menor sentimento de bem-estar e um aumento de problemas de saúde (Figueiredo, 2007). Surge muitas vezes associada também a tarefas que a pessoa nunca antes teve de desempenhar, ao desconhecimento sobre as manifestações da doença e as melhores estratégias para lidar com as mudanças, em especial relacionadas com as alterações psicopatológicas e comportamentais, bem como as dificuldades crescentes de comunicação, e o estilo/estratégias de coping adotadas (Sequeira, 2007).

Como outras consequências negativas, é frequente o cuidador sentir perda de liberdade (incapacidade de usufruir de tempos de lazer), o isolamento social (deixa de realizar atividades de cariz social e comunitário), dificuldades financeiras (maior necessidade de recursos), implicações ao nível da sua saúde mental (maior risco de desenvolvimento de distúrbios psicopatológicos, em

especial depressão, ansiedade, e stress) e da morbilidade física (devido ao excesso de esforço), alterações nas relações familiares (com a dependência alteram-se as relações de poder dentro do agregado e a história de vida e de interação dos seus elementos ao longo do tempo vai influenciar mais do que nunca a qualidade da sua interação), constrangimentos ao nível da atividade laboral (trabalhar e prestar cuidados podem ser duas atividades quase incompatíveis, já que ambas requerem bastante tempo e disponibilidade mental, embora devido aos constrangimentos financeiros e à falta de suporte social por parte dos organismos do estado, o cuidador seja obrigado a não deixar de trabalhar para poder fazer face às despesas) (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007).

A prestação de cuidados ao doente, apresenta-se, então, como uma fonte de stress crónico, representando serias consequências quer para a saúde do cuidador, quer para todo o núcleo familiar (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Maroto-Navarro, 2004). Segundo Moreira (2001) (cit. por Carvalho & Augusto, 2002, p.108), “A Família tem necessidade de apoio emocional, e essencialmente de ser escutada, facilitando a expressão dos seus sentimentos e do seu cansaço, sendo simultaneamente informada relativamente aos cuidados a prestar e as reações o doente.”

Posto isto, o acompanhamento das famílias e cuidadores deve fazer parte de uma intervenção multidisciplinar da doença. Tendo como foco principal a redução do stress do cuidador, pressupõe ajudar a família a lidar com a sobrecarga dos cuidados e embora não permita qualquer alteração no decurso da doença, pode trazer benefícios significativos nos cuidados com os doentes e por conseguinte, impacto positivo no seu comportamento (Marriott, Donaldson, Tarrier, & Burns, 2000; Bottino et al., 2002).

Nesta intervenção, são fundamentais a psicoeducação e informação sobre a doença, mas essencialmente uma reflexão quanto às consequências que esta trará a longo prazo (Marriot et al, 2000).

Além disso, é ainda necessário que a intervenção junto dos cuidadores permita satisfazer outras das suas necessidades, nomeadamente: apoio nas tarefas domésticas (através do recurso a respostas sociais); avaliar a sua necessidade em termos financeiros e ativar os mecanismos estatais existentes que disponibilizem este tipo de ajudas; proporcionar apoio psicossocial em termos individuais e a partir de grupos de suporte; permitir ao cuidador ter momentos de pausa e realização de atividades que forneçam bem-estar; e proporcionar mais informação e formação relativas à demência e prestação de cuidados (Rodríguez, 2010a; Figueiredo, 2007).

2. METODOLOGIA

O presente artigo tem como objetivo principal dar a conhecer o CAAV e o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido desde 2014, bem como apresentar o perfil dos cuidadores que o procuram e quais as suas necessidades. Assim, neste estudo serão descritos todos os serviços que o CAAV tem vindo a desenvolver, quer junto dos cuidadores, quer das pessoas com demência.

A amostra utilizada engloba a totalidade dos prestadores de cuidados que têm vindo a procurar os serviços do CAAV, até à data (2016), um total de 166.

Os dados necessários para este estudo foram retirados da base de dados onde constam as informações referentes à Ficha de Contacto que é preenchida individualmente, por cada caso que solicite algum serviço por parte do CAAV. Nesta base, constam os dados biográficos de cada sujeito, informação referente ao caso clínico e envolvimento do doente e consta também informação relativa aos serviços do Centro que cada pessoa está (ou esteve) a usufruir. Estes dados foram analisados através da utilização do software Microsoft Excel™.

3. RESULTADOS

O CAAV dispõe de um conjunto de serviços, a pensar no apoio aos cuidadores e na melhoria das suas práticas de cuidar:

- *Acompanhamento Psicológico*: Serviço direcionado para o cuidador e o paciente, que visa proporcionar suporte emocional, para facilitar a adaptação e a aceitação da doença e a regulação emocional, focando-se na prevenção de quadros depressivos e ansiosos decorrentes de todo o processo. No que respeita ao cuidador, funciona em 3 momentos: diagnóstico, durante a evolução da doença e contínua no processo de luto. Pretende trabalhar aspetos como a Resiliência e a Inteligência Emocional, que compreendem por sua vez aspetos pessoais como: autoestima, empatia, autonomia, humor, autocontrolo, autocuidado entre outros. Estes conceitos têm vindo a ser referidos em vários estudos, como facilitadores de qualidade e destreza pessoal no cuidador da pessoa com demência (Fernández-Lansac & Crespo, 2011);
- *Apoio Social, Médico e Jurídico*: Pressupõe o encaminhamento para outros serviços, como seja a procura de respostas externas de cuidados; dar a conhecer os direitos e apoios disponibilizados pela sociedade e políticas sociais ao doente e ao cuidador; possibilitar o encaminhamento para outros técnicos de saúde, com a finalidade de obter um diagnóstico, ou de esclarecer outras dúvidas de cariz médico; e por fim, proporcionar o encaminhamento para serviços jurídicos, consumado através de protocolo estabelecido com advogados;
- *Apoio Técnico*: Centra-se na Psicoeducação, procurando dotar os utentes de mais conhecimentos/informações sobre a doença que enfrentam e permitir o aperfeiçoamento das estratégias/boas práticas na prestação de cuidados;
- *Grupos de Suporte*: Espaço de encontro, troca de experiências, sentimentos, ideias e opiniões oferecido aos cuidadores (formais e informais). Através desta interação (num ambiente seguro e confidencial) os participantes têm oportunidade

de refletir sobre a tarefa de cuidar, procurando estratégias para se adaptarem às mudanças, bem como à superação das dificuldades, potenciando os sentimentos de autocontrolo e autoestima. Proporciona também um ambiente de convívio social para os cuidadores, oferece apoio emocional e favorece o autocuidado, funcionando como prevenção do desgaste físico e emocional;

- *Café Memória*: É um espaço informal de encontro, que funciona uma vez por mês. É dirigido a cuidadores, pessoas com demência ou com problemas de memória. Num ambiente acolhedor, reservado e seguro, procura-se fomentar a partilha de experiências e o suporte mútuo entre os participantes, partilha de informações úteis, incentivar a participação em atividades lúdicas e estimulantes, e dar apoio emocional, contribuindo assim para a redução do isolamento social e aumento da qualidade de vida; esta iniciativa conta com o apoio de profissionais de saúde/ação social que dirigem as sessões, sejam elas de palestra ou de atividade.

O CAAV disponibiliza ainda, formas de intervenção junto das pessoas com demência ou outras afeções neurológicas/neuropsicológicas, nomeadamente:

- *Avaliação Neuropsicológica*: Pressupõe, através da administração de baterias de testes/questionários neuropsicológicos e entrevista clínica, traçar um perfil neuropsicológico do sujeito, proporcionando assim informações sobre as áreas cognitivas preservadas e as que apresentam algum tipo de comprometimento, bem como informações acerca do seu estado emocional/psicológico. Para além da sua importância como meio complementar de diagnóstico para outros profissionais de saúde, é fundamental para o planeamento das sessões de estimulação cognitiva.
- *Estimulação Cognitiva*: Este serviço é dirigido para os pacientes com demência ou outras afetações neuropsicológicas e consiste na combinação de técnicas de reabilitação, treino, aprendizagem, atividades pedagógicas e lúdicas, com o intuito de desenvolver, melhorar ou manter as funções/capacidades cognitivas do indivíduo, procurando melhorar ou preservar a sua funcionalidade, autonomia e independência, reduzir sintomas de cariz neuropsiquiátrico (ansiedade, sintomatologia depressiva, sentimento de incapacidade, comportamentos disruptivos), aumentar a autoestima e a positividade perante a vida, e diminuir a desconexão com o meio.

Focando-se na prevenção, o CAAV desenvolveu ainda o *Espaço Memória*, sessões grupais, com o objetivo de otimização das funções cognitivas de pessoas idosas saudáveis, com alterações de memória ou declínio cognitivo ligeiro. Procura potenciar o desempenho ocupacional e funcional, melhorar o desempenho pessoal, a autoestima e a autoconfiança, estimular as reminiscências e fomentar a participação social.

Concomitantemente, com o objetivo de informar e sensibilizar a comunidade para a problemática das demências, desde o início, são desenvolvidas *Ações de Sensibilização, Informação e Divulgação*, em parceria/colaboração, com as mais diversas entidades. Este serviço compreende seminários, conferências, presença em feiras e outros eventos que permitam levar a informação junto de mais pessoas.

Desde 2014, o CAAV tem vindo a registar uma crescente procura dos seus serviços, tendo recebido até à presente data 166 cuidadores de pessoas com demência, de entre os quais 137 são cuidadores informais, que em algum momento prestaram apoio a tempo inteiro ao doente, sem qualquer ajuda externa, ao nível de instituições de acolhimento ou cuidados formais. Dos 166 cuidadores, prevalece a procura por parte do sexo feminino, com 128 pedidos de apoio, contra 38 cuidadores do sexo masculino (Figura 1).

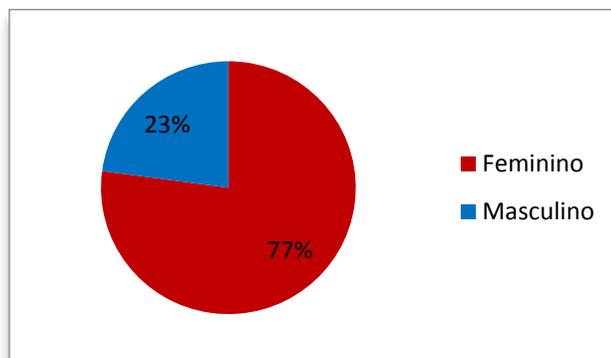


Figura 1 - Género dos Cuidadores

Quarenta e nove por cento (n=81) dos cuidadores que procuraram o CAAV são filhos, seguindo-se os conjugues, que representam 27% (44 cuidadores) tal como presente na Figura 2.

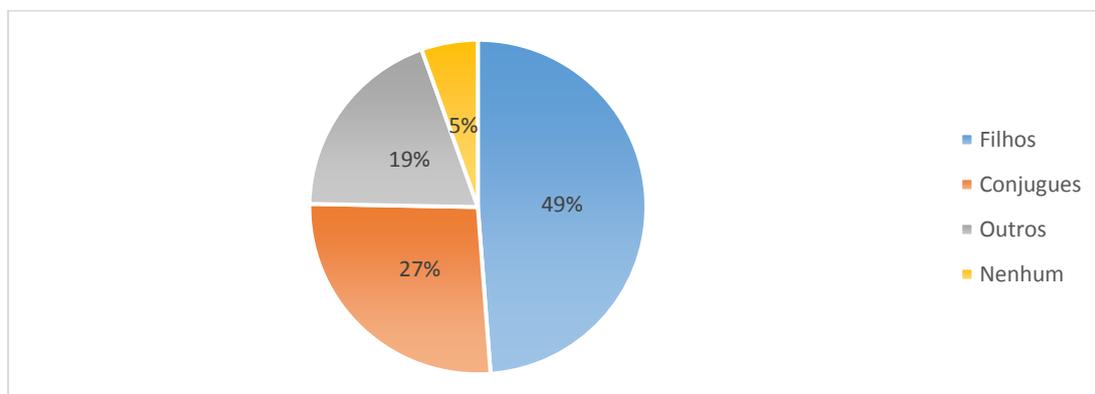


Figura 2 - Grau de Parentesco do Cuidador em Relação à Pessoa com Demência

Quanto aos tipos de demência em presença, a DA é a que assume a maior prevalência, representando 78% dos casos de Demência (122 doentes), podendo este número ser ainda maior uma vez que, do total, 14% dos casos estão referenciados com suspeita de possível DA, sem diagnóstico confirmado (Figura 3).

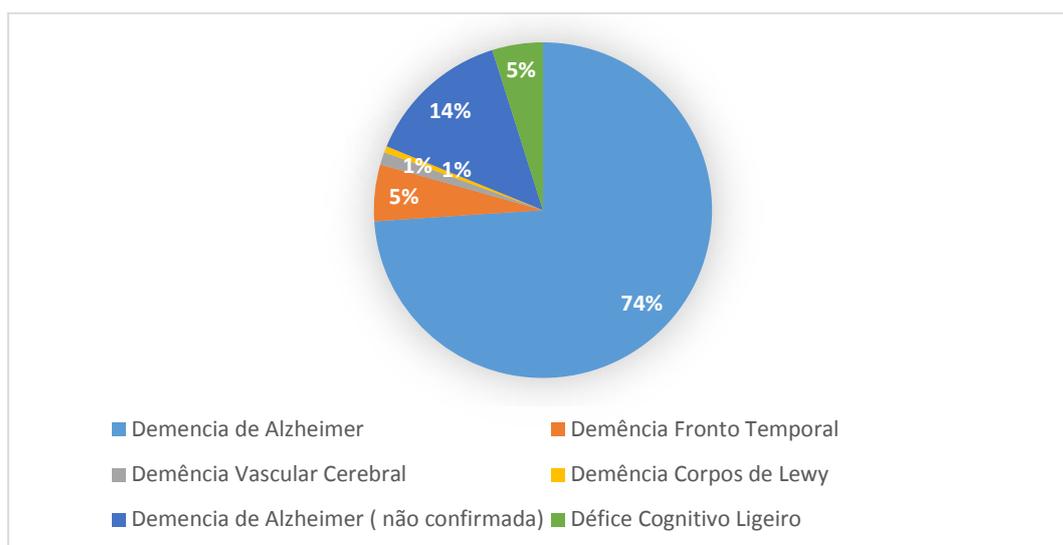


Figura 3 - Tipos de Demência Registrados

Os diversos serviços que o CAAV disponibiliza têm sido utilizados em diferentes percentagens por quem os procura, o que se encontra refletido na figura 4.

É importante registar que a grande maioria (79 cuidadores), vem sobretudo em busca de apoio social, médico e jurídico, bem como apoio técnico (42 cuidadores), requerendo posteriormente, outros serviços que o Centro oferece.

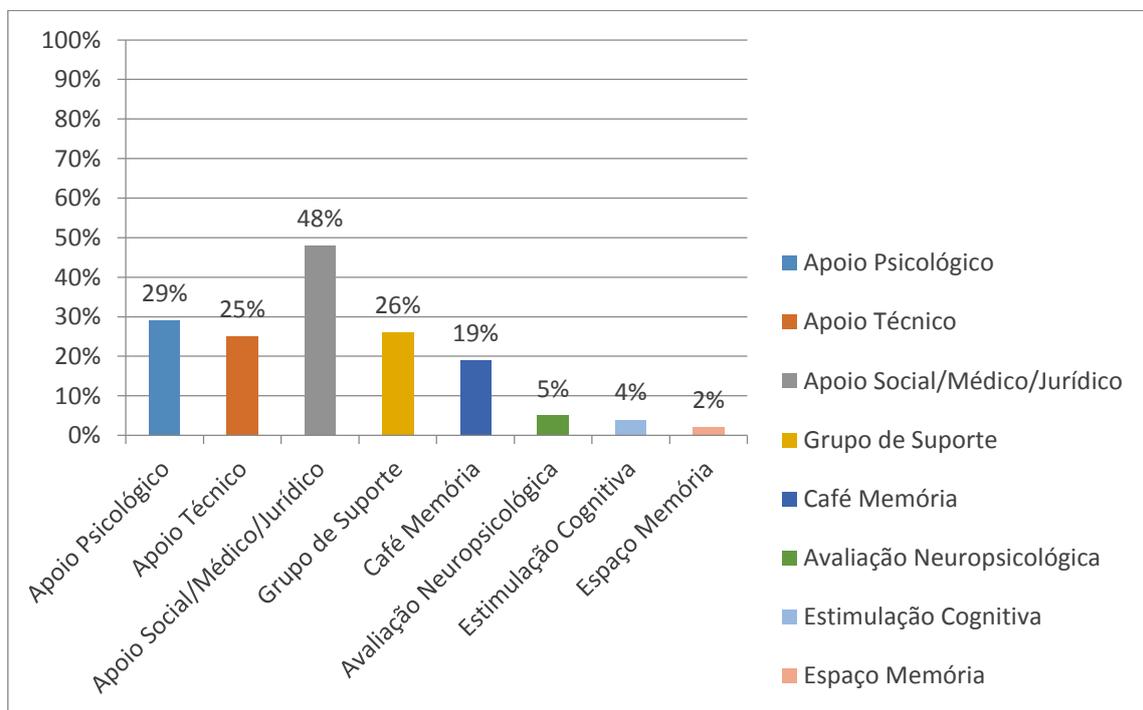


Figura 4 - Percentagem de Utentes a Frequentar os Serviços do CAAV

Destaca-se a adesão ao apoio psicológico (48 cuidadores) e ao grupo de suporte (43 cuidadores), o que permite perceber que, para além das questões mais informativas e dos encaminhamentos para outros serviços, existe uma grande necessidade por parte dos cuidadores em ter apoio emocional, um espaço onde possam partilhar os seus desafios e necessidades, e dialogar sobre estratégias que melhorem a prestação de cuidados, bem como sentirem que não estão sós a enfrentar tais situações.

4. DISCUSSÃO

Os dados recolhidos no que respeita aos tipos de demência referenciados nos casos acompanhados pelo CAAV vão ao encontro dos dados internacionais (Pontes, 2016) que demonstram que a DA é o tipo de demência mais prevalente, representando cerca de 50 a 70% das demências na Europa, e também em todo o mundo (WHO, 2012).

Quando a demência surge, não altera só a vida do indivíduo: instala-se em todo o sistema familiar e tem repercussões em toda a sua rede, seja ela profissional ou social, propiciando forçosamente uma adaptação que, regra geral, é difícil para todos os envolvidos (Figueiredo 2007; Sequeira, 2007). Neste sentido, o CAAV iniciou a sua atividade com um conjunto de serviços direcionado para os cuidadores, uma vez que estes são o pilar base e a figura de referência na vida dos pacientes, sendo quem está ao seu lado a maior parte do tempo, quem realiza as tarefas do cuidar, quem tem de estar constantemente disponível para o doente e quem mais sofre de desgaste físico e psicológico advindo desta condição que se instala em todo o sistema familiar (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007). É frequente que o cuidador se esqueça, inclusive da sua própria vida e da necessidade de cuidar de si, o que o pode levar a uma espiral descendente em termos de qualidade de vida, bem-estar e declínio da própria saúde física e mental (Figueiredo, 2007).

No CAAV, ao longo do tempo, essa realidade tem emergido, já que não são só os familiares mais diretamente envolvidos nos cuidados (cuidadores informais principais) que procuram os serviços, mas assiste-se a uma procura por parte da sua família alargada, vizinhos ou amigos. Verifica-se que são sobretudo as filhas (geralmente cuidadoras secundárias ou mesmo terciárias) quem mais recorre ao Centro, em busca de ajuda para o cuidador principal (cônjuge da pessoa com demência) referindo a sobrecarga e necessitar de apoio, nomeadamente psicológico/emocional. Tal como descrito unanimemente na literatura (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007), também aqui se verifica uma prevalência do sexo feminino (77%) na prestação de cuidados, o que coincide com os dados da WHO (2012) que revelam que 76% dos cuidadores informais na Europa são mulheres. No caso dos cuidadores do sexo masculino registados, a procura de apoio externo não partiu do cuidador principal, mas sim de uma terceira pessoa, verificando-se uma certa resistência por parte destes em procurar e até mesmo em receber qualquer tipo de apoio, o que em muito se relaciona com o estigma associado a estas patologias, bem como a questões culturais e de género.

No CAAV, em geral, a procura inicia-se pelos Apoios Social/Médico/Jurídico e Técnico, apesar de ser visível o desgaste e as fragilidades emocionais dos cuidadores. As informações partilhadas sobre os serviços existentes leva a que muitos adiram aos

serviços disponíveis, nomeadamente o Apoio Psicológico e o Grupo de Suporte, os quais se têm revelado de extrema utilidade para os cuidadores, já que encontram um espaço para si, onde podem partilhar as suas angústias, dúvidas e dificuldades, na busca de respostas para as suas necessidades e anseios, ajudando a diminuir o isolamento social, o seu sentimento de sobrecarga e sintomas de cariz depressivo e ansioso (Sequeira, 2007). Otimizando os seus próprios recursos internos, melhora-se não só o bem-estar e a qualidade de vida do cuidador, como também o da própria pessoa com demência (Figueiredo, 2007). Respeitante à intervenção com as pessoas com demência, reconhece-se hoje que o mais eficaz para uma otimização do funcionamento cognitivo e potenciador de uma maior autonomia e independência dos indivíduos é a combinação das intervenções farmacológica e não farmacológica (Sequeira, 2007; Taborda & Melo, 2014). Verificando-se que as pessoas com demência acompanhadas no CAAV, apenas usufruíam de terapia medicamentosa (não havendo qualquer outro tipo de intervenção), surgiu a necessidade de implementar os serviços de Avaliação Neuropsicológica e de Estimulação Cognitiva. Respostas que têm demonstrado um crescente interesse, por parte dos cuidadores e das pessoas visadas, pois assiste-se a uma crescente tomada de consciência por parte destes, de que, podem contribuir para a manutenção das suas capacidades cognitivas, do seu bem-estar e qualidade de vida, permitindo-os sair de uma espiral de desistência, de desesperança e de um sentimento de impotência que em nada contribui para a melhoria da sua condição. Nesse sentido, há cada vez mais pessoas a aderir a este serviço.

À medida que a população em geral se tem vindo a consciencializar da necessidade de prevenir as situações de demência e de que uma maior atividade cognitiva diminui em 47% o risco de sofrer de demência de Alzheimer por promover melhorias no desempenho das diversas funções cognitivas (Franco-Martín & Orihuela-Villameriel, 2006), emergiu a necessidade de criar um serviço que proporcionasse a qualquer pessoa de mais idade e com um envelhecimento normal um momento de estimulação cognitiva. Este foi o mote para o mais recente serviço, o Espaço Memória, cuja implementação está agora a ser iniciada.

CONCLUSÕES

Com a tendência para o envelhecimento populacional e o aumento crescente de pessoas com demência, nomeadamente DA, torna-se cada vez mais urgente a promoção de contextos que garantam a saúde física, psicológica e social destes doentes, assim como dos seus cuidadores.

A DA afeta não só o paciente, mas repercute alterações adversas em todo o núcleo familiar, o que valida a necessidade de uma especial atenção a este grupo. Partindo do princípio que estes doentes devem ser mantidos no seu contexto familiar o máximo de tempo possível, para dar continuidade à sua identidade pessoal e social e promover a segurança e a estabilidade que só um ambiente tão conhecido lhe pode confere, o cuidador informal representa o pilar fulcral na promoção da qualidade de vida do doente, pelo que, um plano de intervenção para as pessoas com Demência deve sempre ter em especial atenção as necessidades dos cuidadores, investindo na sua assistência.

É nesse sentido que o CAAV tem desenvolvido a sua atividade e neste artigo é possível verificar que os apoios mais requeridos pelos cuidadores (e que refletem, no fundo as suas necessidades) são o Apoio Social/Médico/Jurídico, o Apoio Psicológico, o Grupo de Suporte e o Apoio Técnico. Em termos de perfil, os cuidadores que mais procuram o CAAV são mulheres, em geral filhas, de pessoas com DA (na sua esmagadora maioria).

Apesar de todo o esforço realizado no sentido de divulgar os serviços disponibilizados pelo CAAV, denota-se que ainda há muito caminho a trilhar para a consciencialização da sociedade em geral e dos profissionais para as problemáticas associadas a esta temática. Tendo sempre por base o modelo de Atenção Integral Centrada na Pessoa (Rodríguez, 2010b) pretende-se não só dar continuidade aos serviços atuais, como também a curto e médio prazo criar novos serviços e respostas que enriqueçam o trabalho desenvolvido, indo ao encontro das necessidades e exigências desta população.

Neste momento estão em marcha diligências para a criação de uma Unidade de Qualidade de Vida para as pessoas com demência e para o arranque de formação especializada, relacionada com as demências para cuidadores formais, informais e profissionais de saúde. Para além disso estão a ser concebidos Manuais/Guias Práticos sobre as demências e temáticas a elas associadas, e através da participação no Projeto “Nas Freguesias para Lembrar” do CLDS 3G – Viseu Igual, procurando-se chegar mais perto da população, apostando na prevenção, através de Rastreamentos Cognitivos e de diversas Ações de Sensibilização e no apoio ao cuidador, exequível, através da criação de diversos Grupos de Suporte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bottino, C. Carvalho, I, Alvarez, A., Avila, R., Zukauskas, P., Bustamante, S., ... Camargo, C. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalhos em equipa multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 70-79.

- Carvalho, R., & Augusto, B. (2002). *Cuidados continuados família centro de saúde e hospitais como parceiros no cuidado*. Coleção Manual Sinais Vitais, 1ª edição. Coimbra: Edições Formasau. ISBN 972-8485-29-8.
- Franco-Martín, M., & Orihuela-Villameriel, T. (2006). A reabilitação das funções cognitivas superiores na demência. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp.471-487). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Clamente, M. A., Petracca, G., Cádenes, F., & Stepani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3(1), 11-17.
- Fernández-Lansac, V., & Crespo L., (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud*, 22, 21-40.
- Ferreira, S. (2008). *Papel dos cuidadores informais ao idoso com doença de Alzheimer* (Dissertação de mestrado). Obtido de: <https://ria.ua.pt/handle/10773/3288>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18, 83-92.
- Garriga, O.T. (2007). Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador. *Alzheimer: Realidades e investigación en demência*, 35, 30-37.
- Luders, S., & Storani, M. (2000). Demência: Impacto para a família e a sociedade. In M. Papaléo Netto (Coord.), *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp.146-159). São Paulo: Editora Atheneu.
- Marksteiner, J., & Schmidt, R. (2004) Treatment Strategies in Alzheimer's disease with a focus on early pharmacological interventions. *Drugs Aging*, 21(7), 415-426
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive behavioural family interventions in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.
- Nunes, B. (2014). *Alzheimer em 50 questões essenciais*. Lisboa: Lidel.
- Peña-Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación "La caixa".
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pontes, C. (2016). As várias formas de demência. *Revista Alzheimer Portugal*, 62, 4-5.
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G-C., WU, Y-T., & Pina, M. (2015). *World alzheimer report 2015: The global impact of dementia – an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Obtido de: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Rodríguez, T.M. (2010a). *Centros de atención diurna para personas mayores: Atención a las situaciones de fragilidad y dependência*. Madrid: Panamericana Editorial Medica.
- Rodríguez, P. (2010b). *La atención integral centrada en la persona: Principios y critérios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependência*. Obtido de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas. Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Taborda, A., & Melo, M. (2014). Demência e doença de Alzheimer. In A. M. Fonseca (Coord.), *Demência na Terceira Idade: Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção* (pp 25-42). V.N.Famalicão: ADRAVE.
- U.S. Department of Health & Human Services (2007). *Progress report on Alzheimer's disease: Discovery and hope*. Obtido de <https://www.nia.nih.gov/alzheimers/alzheimers-disease-progress-reports-archive>
- U.S. Department of Health & Human Services (2006). *Can Alzheimer's disease be prevented?* Obtido de: <http://www.bu.edu/alzresearch/files/pdf/NIHCanADbePrevented3.pdf>
- World Health Organization (2012). *Dementia: A public health priority*. Obtido de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1

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 – Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ES)

Isabel Mateos Rubio – Universidade de Salamanca (ES)

Javier Montero Martín – Universidade de Salamanca (ES)

Johannis Tsoumas – Technological Educational Institute of Athens (GR)

Lourdes Bermejo – Sociedad de 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 – ESVG, 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 – ESVG, 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 – ESVG, 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

junho 2017
série 2 nº3
quadrimestral

