

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

5

Série | Serie 2 • Ano | Year 3

novembro • november | dezembro • december
janeiro • january | fevereiro • february

2018

en | pt

Diretor • Director
Madalena Cunha

Período temporal de publicação | Time period of publication

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

Série • Serie 2 - 2016/2018 | ano • year 1-3

Acesso livre e gratuito • Free access

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

Prefixo DOI CrosRef: <https://doi.org/10.29352/mill0205>



Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade | Property | Propiedad

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

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

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

☎ 232 480 700 (ext.2100)

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

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

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

Diretor | Director | Director

Madalena Cunha

Ficha Catalográfica | Catalogue File | Ficha Catalográfica

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

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

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

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

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

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

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

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

ISSNe (versão eletrónica) 1647-662X

Prefixo DOI CrossRef: <https://doi.org/10.29352/mill0205>

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

Periodicidade | Publication Frequency | Periodicidad

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

Cuatrimstral, siendo editada em febrero, junio y octubre

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

Série 1 - 1996 - 2016 | ano 1 - 21

Série 2 - 2016 - 2017 | ano 0 - 1

Indexação | Indexation | Indexación

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

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

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

Nota | Note | Nota

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

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

Maria João Amante

Paula Correia

Paula Santos

Editores das Seções | Section Publishers | Editores de Secciones

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

Paula Correia - paulacorreia@esav.ipv.pt

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

Madalena Cunha - mnunes@essv.ipv.pt

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

Maria João Amante - majoa@esev.ipv.pt

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

José Luís Abrantes - jlabrantes@estv.ipv.pt

Paula Santos - psantos@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)

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

Elisabeth Kastenholz, PhD, Universidade de Aveiro (PT)

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

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 Santos, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

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)

Editorial | Editorial | Editorial

A revista Millenium – Journal of Education, Technologies and Health, inaugura o seu segundo ano da série 2, com a edição regular do número 5, privilegiando a produção científica de manuscritos originais, atestados por blind peer review e publicada em formato bilingue. A multidisciplinaridade e transdisciplinaridade dos artigos científicos que compõem este número evidenciam o próprio escopo e gênese da revista com foco na difusão do conhecimento científico.

A secção Ciências Agrárias, Alimentares e Veterinárias contempla o artigo *“A caracterização e a variação em secção transversal da anatomia da madeira Acacia melanoxylon”* que tem como objetivo geral descrever as características anatómicas e sua variação em secção transversal da madeira de A. Melanoxylon, a crescer em Portugal, e consegue confirmar os índices de qualidade de pasta da madeira de A. melanoxylon na produção de papel.

Na secção Educação e Desenvolvimento Social, apresenta-se o artigo *“Ética e proposta de aproveitamento de dados não utilizados do trabalho científico”*, que propõe uma metodologia aberta e flexível de aproveitamento de dados não utilizados nos trabalhos científicos em ciências sociais, como contributo fundamental para o conhecimento.

A secção Ciências da Vida e da Saúde integra os artigos: *“Utilização do modelo de crenças em saúde como preditor da intenção de compra de medicamentos dietéticos de venda livre”*, que visa testar a adequação do modelo de crenças em saúde para explicar a intenção de comprar medicamentos dietéticos sem receita médica para melhorar um problema de saúde, particularmente o peso; *“Barreiras de acesso a realização de exames no pré-natal: Revisão integrativa”*, onde se evidencia, através de uma revisão integrativa de publicações, que as barreiras de acesso aos exames no acompanhamento pré-natal estão relacionadas principalmente aos recursos escassos na saúde destinados à atenção primária; à lentidão no processo de agendamento e realização e a falta de recursos da gestante para arcar com os custos de exames não realizados pelo sistema público; *“Satisfação com a equipa, com a consulta e com o grupo de diabetes em pessoas brasileiras”*, onde o objetivo geral é o de determinar o grau de satisfação das pessoas com diabetes tipo 2 em relação à equipa, à consulta e ao grupo de diabetes; o artigo *“A Sexualidade do idoso no contexto da consulta de enfermagem: Uma análise fenomenológica de luso-brasileiros”* que pretende descrever, compreender e discutir a inter-relação entre enfermeiros e clientes na ação educativa sobre a sexualidade do idoso no contexto da consulta de enfermagem; e o artigo *“Apoio e capacitação dos cuidadores familiares: Programa de Intervenção de Enfermagem”*, que apresenta a estruturação de um programa de intervenção de enfermagem, com enfoque nos domínios do apoio emocional e instrumental, validado por um conjunto de peritos na área, com recurso à técnica de Delphi.

Na secção Engenharias, Tecnologia, Gestão e Turismo, podemos encontrar os artigos *“Turismo Gastronómico, um fator de diferenciação”* que procura documentar a importância da gastronomia, enquanto produto estratégico e de grande potencial de desenvolvimento para a afirmação do turismo português; e *“O papel da inovação no turismo de interesse especial: Uma aproximação teórica”* que pretende explorar e contribuir para a reflexão da literatura em contextos específicos de turismo e em que medida o processo de inovação se assume como fator chave para o seu desenvolvimento e competitividade (e.g. gestão em contextos de ecoturismo).

A afirmação da marca Millenium, ao nível académico e científico internacional, atingiu um novo limiar com o seu registo na International DOI Foundation via CrossRef, seguindo-se o processo de aquisição de DOI – digital object identifier para os artigos publicados a partir da série 2, em 2016.

Millenium – Journal of Education, Technologies and Health, inaugurates its second year of the series 2, with the regular edition of the number 5, privileging the scientific production of original manuscripts, certified by blind peer review, and published in a bilingual format. The multidisciplinary and transdisciplinary of the scientific papers, which are in this number, show the scope and genesis/origin of the journal focused on the dissemination of scientific knowledge.

The Agriculture, Food and Veterinary Sciences section publishes the paper *“Characterization and within-tree variation of wood anatomy of Acacia Melanoxylon”*, which aims to describe the transverse anatomical characteristics and their within-tree variation of A. melanoxylon trees growing in Portugal, showing the quality indexes of the A. melanoxylon wood pulp for paper production.

The section Education and Social Development Sciences presents the paper *“Ethics and a proposal the use of leftovers in scientific work”*, which comes up with an open and flexible methodology for the use of unused data in scientific works, in social sciences, as a fundamental contribution to scientific knowledge.

The Life and Healthcare Sciences section presents the following papers: *“Utilizing the health belief model to predict the purchase intention of over-the-counter diet drugs”*, that intends to test the suitability of the Health Belief Model in the explanation of the purchase intention of over-the-counter diet drugs to improve a health problem, particularly weight; *“Barriers to access prenatal screening: Integrative review”*, where it is evident, through an integrative review of publications, that the barriers to access to prenatal care examinations are related mainly to scarce resources in health given to primary care, and also to the slowness in the process of scheduling, accomplishment and the lack of resources of the pregnant woman to bear the costs of examinations not performed by the public system; *“Satisfaction with the team, consultation and with the diabetes group in Brazilian people”*, where the scope is to determine the degree of satisfaction of people with type 2 diabetes in relation to the team, the consultation and the diabetes group; *“The sexuality of the elderly in the nursing consultation context: A phenomenological analysis of luso-brazilians”*, the main goal of this paper is to describe, understand, and discuss the interrelation between nurses and clients in the educational action on the sexuality of the elderly in the context of the nursing consultation; *“Support and training of family caregivers: nursing intervention program”*, which presents a proposal of a nursing intervention program, focusing on the areas of emotional and instrumental support, validated by a group of experts in the area, with using the Delphi technique.

In the section of Engineering, Technology, Management and Tourism, we can find the paper *“Gastronomic Tourism, a differential factor”*, which seeks to document the importance of gastronomy as a strategic product with great development potential for the affirmation of Portuguese tourism; and the paper *“The role of innovation in special interest tourism: A theoretical approach”*, that intends to explore and contribute to a literature reflection in specific tourism contexts, and to what extent the innovation process is assumed to be a key factor for the development and competitiveness (e.g. management in a ecotourism context).

The Millenium's brand recognition at an international academic and scientific level reached a new threshold with its registration at the International DOI Foundation via CrossRef, followed by the acquisition of DOI - Digital Object Identifier, for all articles published since the series 2, in 2016.

Millenium - Revista de Educação, Tecnologías y Salud, inaugura su segundo año de la serie 2, con la edición regular del número 5, privilegiando la producción científica de manuscritos originales, certificada a través de la revisión por pares ciegos y publicada en un formato bilingüe. La multidisciplinariedad y transversalidad de los trabajos científicos que se encuentran en este número muestran el alcance y la génesis de la revista centrada en la difusión del conocimiento científico.

La sección de Agricultura, Alimentación y Ciencias Veterinarias publica el artículo *“Caracterización y variación en sección transversal de la anatomía de la madera de la Acacia Melanoxylon”*, cuyo objetivo es describir las características anatómicas transversales y su variación de la madera de la A. melanoxylon que crece en Portugal. Los índices de fluctuación y flexibilidad confirman su potencial para la producción de pulpa y papel.

En la sección Educación y Ciencias del Desarrollo Social, se presenta el trabajo *“Ética y propuesta de aprovechamiento de los datos no utilizados del trabajo científico”*, que propone una metodología abierta y flexible para el uso de datos no usados en trabajos científicos en ciencias sociales, como una contribución fundamental al conocimiento científico.

La sección Ciencias de la vida y la salud tiene los siguientes documentos: *“Utilización de un modelo de creencias en salud para predecir la intención de compra de medicamentos dietéticos de venta libre”*, que pretende probar la idoneidad del modelo de creencias de salud en la explicación de la intención de compra de medicamentos sin receta médica para mejorar un problema de salud, particularmente el peso; *“Barreras de acceso a la realización de exámenes prenatales: revisión integradora”*, en el que se muestra, a través de una revisión integradora de publicaciones, que las barreras de acceso a los exámenes de atención prenatal están relacionadas principalmente con los escasos recursos que en la sanidad se destinan a la atención primaria; a la lentitud en el proceso de programación y realización y a la falta de recursos de la mujer embarazada para asumir los costos de los exámenes no realizados por el sistema público; *“Satisfacción con el equipo, la consulta y con el grupo de diabetes en personas brasileñas”*, donde el objetivo general es determinar el grado de satisfacción de las personas con diabetes tipo 2 en relación con el equipo, la consulta y el grupo de diabetes; el artículo *“La sexualidad de los ancianos en el contexto de consulta de enfermería: Un análisis fenomenológico de luso-brasileños”*, que pretende describir, comprender y discutir la interrelación entre el personal de enfermería y los clientes en la acción educativa sobre la sexualidad de las personas mayores en el contexto de la consulta de enfermería; y el documento *“Apoyo y capacitación de cuidadores familiares: Programa de intervención en enfermería”*, que presenta una propuesta de programa de intervención de enfermería, centrándose en las áreas de apoyo emocional e instrumental, validado por un grupo de expertos en la materia, con el uso de la técnica Delphi.

En el apartado de Ingeniería, Tecnología, Gestión y Turismo, podemos encontrar el trabajo *“Turismo Gastronómico, un factor de diferenciación”* que busca documentar la importancia de la gastronomía como producto estratégico y con gran potencial de desarrollo para la afirmación del turismo portugués; y el documento *“El papel de la innovación en el turismo de interés especial: Un enfoque teórico”*, que tiene la intención de explorar y contribuir para la reflexión a través de la literatura en contextos específicos y en qué medida el proceso de innovación se asume como factor clave para su desarrollo y competitividad (por ejemplo, la gestión del eco turismo).

El reconocimiento de marca de Millenium a nivel académico y científico internacional alcanzó un nuevo umbral con su registro en la International DOI Foundation a través de CrossRef, seguido de la adquisición de DOI, identificador de objeto digital para todos los artículos publicados desde la serie 2, en 2016.

Sumário | Summary | Resúmen

AGRICULTURAL SCIENCES, FOOD AND VETERINARY

A CARACTERIZAÇÃO E A VARIAÇÃO EM SECÇÃO TRANSVERSAL DA ANATOMIA DA MADEIRA ACACIA MELANOXYLON	13
CHARACTERIZATION AND WITHIN-TREE VARIATION OF WOOD ANATOMY OF ACACIA MELANOXYLON	13
LA CARACTERIZACIÓN E LA VARIACIÓN EN SECCIÓN TRANSVERSAL DE LA ANATOMÍA DE LA MADERA ACACIA MELANOXYLON	13

EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT

ÉTICA E PROPOSTA DE APROVEITAMENTO DE DADOS NÃO UTILIZADOS DO TRABALHO CIENTÍFICO	23
ETHICS AND A PROPOSAL TO USE UNUSED DATA IN SCIENTIFIC WORK	23
ÉTICA Y PROPUESTA DE APROVECHAMIENTO DE DATOS NO UTILIZADOS DEL TRABAJO CIENTÍFICO	23

LIFE AND HEALTH SCIENCES

UTILIZAÇÃO DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE COMO PREDITOR DA INTENÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS DIETÉTICOS DE VENDA LIVRE	35
UTILIZING THE HEALTH BELIEF MODEL TO PREDICT THE PURCHASE INTENTION OF OVER-THE-COUNTER DIET DRUGS	35
UTILIZAR EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD PARA PREDECIR LA INTENCIÓN DE COMPRA DE MEDICAMENTOS DIETÉTICOS DE VENTA LIBRE	35
BARREIRAS DE ACESSO A REALIZAÇÃO DE EXAMES NO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA	43
BARRIERS TO ACCESS PRENATAL SCREENING: INTEGRATIVE REVIEW	43
BARRERAS DE ACCESO A LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES EN EL PRENATAL: REVISIÓN INTEGRATIVA	43
SATISFAÇÃO COM A EQUIPA, COM A CONSULTA E COM O GRUPO DE DIABETES EM PESSOAS BRASILEIRAS	53
SATISFACTION WITH THE TEAM, CONSULTATION AND WITH THE DIABETES GROUP IN BRAZILIAN PEOPLE	53
SATISFACCIÓN CON EL EQUIPO, CONSULTA Y CON EL GRUPO DE DIABETES EN PERSONAS BRASILEÑAS	53
A SEXUALIDADE DO IDOSO NO CONTEXTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DE LUSO-BRASILEIROS	63
THE SEXUALITY OF THE ELDERLY IN THE NURSING CONSULTATION CONTEXT: A PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF LUSO-BRAZILIANS	63
LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: UN ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO DE LUSO-BRASILEÑOS	63
APOIO E CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FAMILIARES: PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	73
SUPPORT AND TRAINING OF FAMILY CAREGIVERS: NURSING INTERVENTION PROGRAM	73
APOYO Y CAPACITACIÓN DE LOS CUIDADORES FAMILIARES: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	73

ENGINEERING, TECHNOLOGY, MANAGEMENT AND TOURISM

O PAPEL DA INOVAÇÃO NO TURISMO DE INTERESSE ESPECIAL: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA	83
THE ROLE OF INNOVATION IN SPECIAL INTEREST TOURISM: A THEORETICAL APPROACH	83
EL PAPEL DE LA INNOVACIÓN EN EL TURISMO DE INTERÉS ESPECIAL: UN ENFOQUE TEÓRICO	83
TURISMO GASTRONÓMICO, UM FATOR DE DIFERENCIAÇÃO	93
GASTRONOMIC TOURISM, A DIFFERENTIAL FACTOR	93
TURISMO GASTRONÓMICO, UN FACTOR DE DIFERENCIACIÓN	93

Autores | Authors | Autores

Ann Rosas, 63
António Santos, 13
Bruno Sousa, 83
Célia Santos, 73
Diana Gavilan, 35
Dirce Guilhem, 43
Elisabete Carvalho, 43
Ermelinda Marques, 63
Geilsa Valente, 63
Helena Pereira, 13
Isabel Camalhão, 23
Josineide Soares, 53
Laiane Ribeiro, 43
Leila Göttems, 43
Madalena Cunha, 53
Maria Avello, 35
Marília Rua, 73
Ofélia Anjos, 13
Renata Saraiva, 63
Ricardo Melo, 73
Sandra Cunha, 93
Sandra Monteiro, 43
Serafim Camalhão, 23
Silvia Villaverde, 35

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

millenium

A CARACTERIZAÇÃO E A VARIAÇÃO EM SECÇÃO TRANSVERSAL DA ANATOMIA DA MADEIRA *ACACIA MELANOXYLON*

13

CHARACTERIZATION AND WITHIN-TREE VARIATION OF WOOD ANATOMY OF *ACACIA MELANOXYLON*

13

LA CARACTERIZACIÓN E LA VARIACIÓN EN SECCIÓN TRANSVERSAL DE LA ANATOMÍA DE LA MADERA *ACACIA MELANOXYLON*

13



A CARACTERIZAÇÃO E A VARIAÇÃO EM SECÇÃO TRANSVERSAL DA ANATOMIA DA MADEIRA ACACIA MELANOXYLON
CHARACTERIZATION AND WITHIN-TREE VARIATION OF WOOD ANATOMY OF ACACIA MELANOXYLON
LA CARACTERIZACIÓN E LA VARIACIÓN EN SECCIÓN TRANSVERSAL DE LA ANATOMÍA DE LA MADERA ACACIA MELANOXYLON

António Santos¹

Helena Pereira¹

Ofélia Anjos^{1,2}

¹Centro de Estudos Florestais, Instituto Superior de Agronomia, Universidade de Lisboa, Lisboa. Portugal

²Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco. Portugal

antonioalvesantos@gmail.com - António J. A. Santos | hpereira@isa.ulisboa.pt - Helena Pereira | ofelia@ipcb.pt - Ofélia Anjos



Autor Correspondente

António Santos

Instituto Superior de Agronomia,
Centro de Estudos Florestais,
Edifício Prof. Azevedo Gomes, Tapada da Ajuda
1349-017 Lisboa, Portugal
antonioalvesantos@gmail.com

RECEIVED: 25th august 2017

ACCEPTED: 18th january 2018

RESUMO

Introdução: A madeira de *A. melanoxylon* tem uma grande aplicação comercial devido às suas características anatómicas e propriedades mecânicas. No entanto, estudos sobre a caracterização anatómica desta espécie cultivada em Portugal são escassos.

Objetivos: Descrever as características anatómicas e sua variação em secção transversal da madeira de *A. melanoxylon* a crescer em Portugal.

Métodos: Foram analisadas 20 árvores em secção transversal para as seguintes posições radiais da árvore: 10%; 50%; 90% e cinco níveis de altura: junto à base; 15%; 35%; 65%; 80%. Para estas amostras foram determinados os valores médios referentes ao diâmetro transversal da fibra (mm), espessura da parede da fibra (μm), índice Runkle; índice de flexibilidade, número de vasos (número de vasos/ mm^2), porosidade (%) e a largura do vaso (μm).

Resultados: As fibras de madeira de início de estação têm espessura de parede mais baixa e maior diâmetro do lúmen do que as fibras de madeira de lenho de fim de estação. Os índices de qualidade de pasta confirmam a qualidade da madeira de *A. melanoxylon* na produção de papel. A madeira de *A. melanoxylon* tem porosidade inferior perto da medula como resultado de um ligeiro aumento do número de vasos com tamanho inferior.

Conclusões: A madeira de Acácia demonstrou que apresenta características anatómicas com potencial para ser uma espécie alternativa para a indústria.

Palavras-chave: *Acacia melanoxylon*, morfologia da madeira, fibras, vasos, índices de qualidade da pasta.

ABSTRACT

Introduction: *A. melanoxylon* wood has a large commercial application given its anatomical characteristics and mechanical properties. However studies on the anatomical characterisation of this species grown in Portugal are scarce.

Objectives: To describe the transverse anatomical characteristics and their within-tree variation of *A. melanoxylon* trees growing in Portugal.

Methods: 20 trees were analysed in transverse section for tree radial position (10%; 50%; 90%) and five height levels (base, 15%; 35%; 65%; 80%) in north and south directions. Measurements included: fibre diameter (μm), fibre wall thickness (μm), Runkle index; Flexibility index, vessel number (vessel number / mm^2), porosity (%) and vessel width (μm).

Results: Earlywood fibres have lower wall thickness and higher lumen diameter than latewood fibres. Runkle and flexibility indexes confirm its potential for pulp and paper production. Porosity was lower near the pith as a result of a slight increase of vessel number with smaller size.

Conclusions: Blackwood showed potential as an alternative species to supply the industry.

Keywords: *Acacia melanoxylon*, wood morphology, fibres, vessel, pulp quality indexes

RESUMEN

Introducción: Debido a las características anatómicas y a las características mecánicas, la madera de *A. melanoxylon* tiene una grande aplicación comercial. Sin embargo, los estudios relacionados con la caracterización anatómica de esta especie en asentamientos portugueses son escasos.

Objetivos: Describir las características anatómicas y su variación en la sección transversal de la madera de *A. melanoxylon* a crecer en Portugal.

Métodos: 20 árboles fueron analizados en la sección transversal para las siguientes posiciones radiales del árbol: el 10%; 50%; 90% y cinco niveles de altura: al lado de la base; 15%; 35%; 65%; 80%. Para las muestras mencionadas se analizaron el diámetro transversal de la fibra (mm), espesor de pared de la fibra (μm), índice del Runkle; índice de la flexibilidad, número de vasos (número de vasos/ mm^2), porosidad (%) y el ancho del vaso (μm) se midieron en las mencionadas muestras de madera.

Resultados: Las fibras del inicio de estación tienen un grueso más bajo de la pared y de un mayor diámetro del lumen que las fibras del fin de estación. El índice de calidad de celulosa *A. melanoxylon* confirma la aptitud de la pulpa para la producción de papel. La madera de *A. melanoxylon* tiene la porosidad más baja cerca de la médula como resultado de un ligero aumento del número de del vasos con tamaño inferior.

Conclusiones: Acacia ha demostrado potencial para ser una especie alternativa para la industria.

Palabras-clave: *Acacia melanoxylon*, morfología de la madera, fibras, vasos, índices de calidad de la pulpa.

INTRODUCTION

Acacia melanoxylon R. Br. (commercial name blackwood) grows in eastern Australia (from north Queensland to Southern Tasmania and westwards into South Australia). It was introduced into Europe as an ornamental and is now established as a forest plantation species.

Portuguese legislation (Decreto Lei nº 565/99, 21 December, ratified in 2000) lists several exotic plant species as introduced to Portugal, and some of them are invasive species like *Acacia* spp.. This means that it is forbidden to planting any of the invasive species listed in the legislation. The legislative process is still being implemented.

A. melanoxylon wood has a large commercial value given its anatomical and mechanical properties (Machado et al., 2014). The wood can be used for solid wood products (Griffin et al., 2011) in building and carpentry (Jablonski et al., 2010), panel products, pulp and paper (Santos et al., 2006, 2012; Anjos et al., 2011; Pereira et al., 2016) and food, fodder, poles and domestic fuelwood (Griffin et al., 2011).

The anatomic characteristics are important for all applications, but there are not many reports on the wood anatomy of *A. melanoxylon* and on its variability (Iqbal, 1983; Sahri et al., 1993; Wilkins and Papassotiriou et al., 1989; Rodrigues et al., 2007; Tavares et al., 2011).

The *A. melanoxylon* wood shows distinct growth rings with dense latewood bands, solitary or radial grouped vessels, vessel diameter between 100-300 µm, low percentage of paratracheal parenchyma, homogeneous 1-3-seriate rays up to 40 cells high (Dadswell & Eckersley 1935; Wilkins and Papassotiriou et al., 1989). Fibre length ranges between 0.90-0.96 mm (Tavares et al. 2011).

The aim of this study is to strengthen the knowledge on *A. melanoxylon* wood anatomy by characterizing the transverse anatomical features and their within-tree variation in radial and axial directions in trees existing in Portugal.

1. MATERIAL and METHODS

1.1. Samples

The samples used for the anatomical characterization were from 35 to 49 year old *Acacia melanoxylon* R. Br. trees from four stands in the north of Portugal that were well characterized by Machado et al. (2014). From each stand 5 trees were used and in each tree discs at different height levels (base, 15%, 35%, 65% and 80% of total tree height) were taken. The anatomical characteristics were measured at three radial positions (at 10%, 50% and 90% from the pith) in the two North and South opposing radii in 60 vessels or fibres.

1.2. Procedures

The wood samples were cut with 1x1cm in cross section and 2 cm in length. The samples were immersion in boiling water and glycerin (4:1) during approximately 2 hours and softened in a 1:10 solution of glycerin and water for several days. After that, the samples were cut in thin slices with 16 mm of thickness with a microtome (Leica SM 2400, Germany) equipped with a steel blade type C. The samples were suspended with sodium hypochlorite solution, washed with water and colored.

The wood anatomical characteristics were determined by image analysis on histological cuts using a reflective microscope (Leica, DMILL, Germany) at a magnification of 100 X and analysed with a Qwin 500 image analysis software (Leica, England).

The following characteristics were measured: fibre transversal diameter (µm), fibre wall thickness (µm), Runkle index (RK), Flexibility index (FI), vessel number (vessel number/mm²), porosity (%) measured as vessels percentage (area %; percentage of pores area in transversal section of wood), vessel width (µm) and vessel area (mm²).

The Runkle index (that measures fibre quality for pulp and paper, Runkle, 1952) was calculated according to:

$$RK = \frac{2 \times \text{wall thickness}}{\text{Lumen width}}$$

The flexibility index is related to the fibre tensile and bursting strength with higher values meaning higher tensile strength that correspond to higher bursting strength. The flexibility index was calculated according to:

$$FI = \frac{\text{Lumen diameter} \times 100}{\text{Fibre diameter}}$$

2. RESULTS AND DISCUSSION

The transverse section of *A. melanoxylon* wood (Figure 1) shows distinct growth rings (Figure 1A) resulting from the spring and autumn radial growth. The vessels are isolate and distributed in a diffuse porosity (Figure 1B) or sometimes grouped (two vessels) in the radial direction (Figure 1C). A low percentage of paratracheal parenchyma was observed; the rays were mainly

monoseriata, but 2-seriate rays were also found with a low percentage. These results are in agreement with those reported in the literature (Dadswell and Eckersley 1935; Wilkins and Papassotiriou et al., 1989).

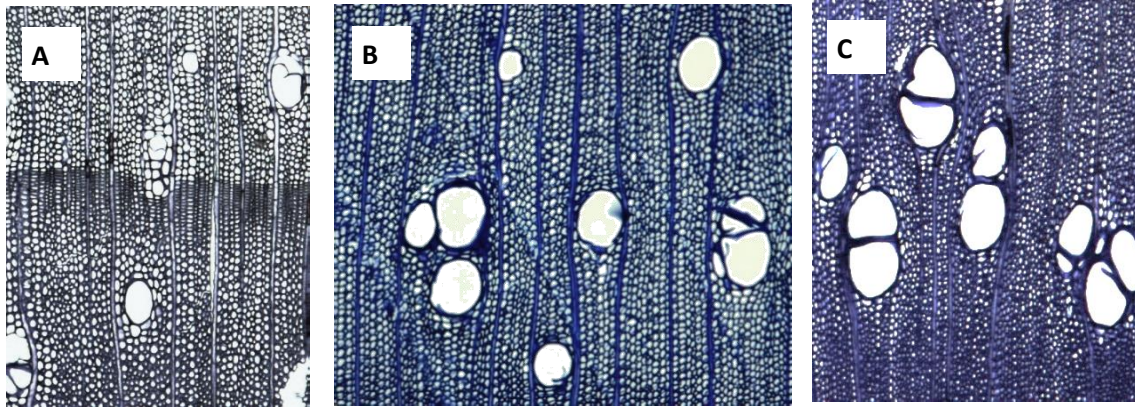


Figure 1 – Transverse section of a wood sample of *A. melanoxylon*.

The fibre diameter of *A. melanoxylon* wood ranged between 0.363 and 0.912 mm (Figure 2). These results are in agreement with those of Tavares et al. (2011) and similar also to the values found for *Eucalyptus globulus* (Gominho et al., 2014; Miranda and Pereira, 2002). Fibre diameters were higher in the earlywood than in latewood in both north and south positions. No trends of fibre diameter variation with the radial position were observed (Figure 2).

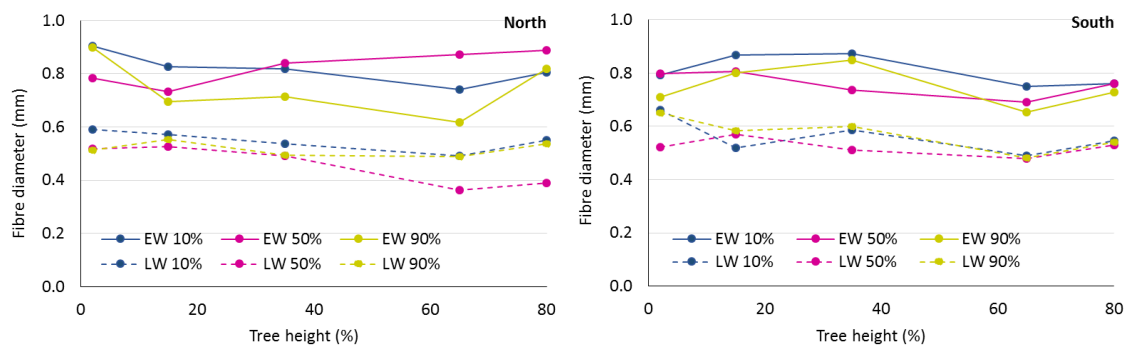


Figure 2 - Radial variation of transverse fibre diameter of *A. melanoxylon* wood.

Regarding fibre wall thickness, the variation from pith to bark and in north and south directions was very small (Figure 3). Average values between 2.00 and 2.40 μm were found respectively for earlywood and latewood for the north direction and between 2.01 and 2.38 μm respectively for earlywood and latewood for the south direction. The latewood fibre wall thickness was always higher than that observed for earlywood. These values are lower than those observed by Tavares et al. (2011) who measured the fibre wall thickness using dissociated samples.

It is well known that fibre characteristics such as lumen width and wall thickness are important parameters for the wood raw-material in the pulp and paper industry. Fibre lumen is important in the pulp beating process e.g. a larger fibre lumen improves the beating and the penetration of liquid to the empty spaces of the fibre wall (Young, 1981). The Runkle index is related with the suitability of a fibrous material for pulp and paper production: high Runkle index fibres produce bulkier paper because the fibres will be stiffer and less flexible and will have poor bonding ability (Kiaei et al. 2014).

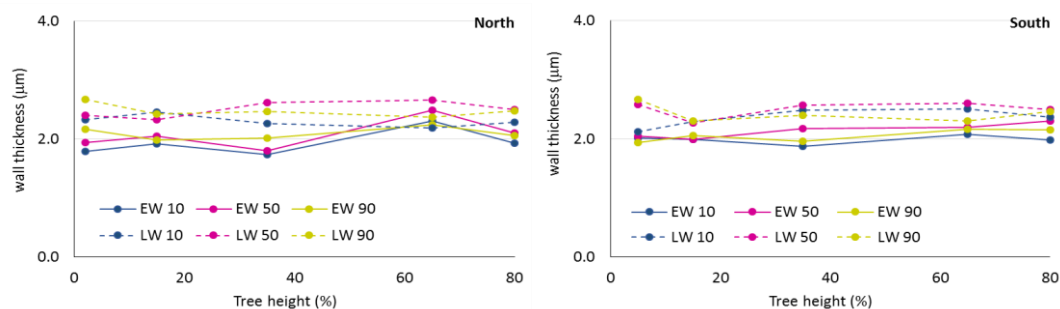


Figure 3 - Radial variation of transverse fibre wall thickness of *A. melanoxylon* wood.

Runkle index (RK) values were lower in earlywood than in the latewood and showed no variation along the stem in the different height positions. If $RK \leq 1$, the fibre is good for pulp and paper production, if $RK < 1$, the fibre is highly appropriate for pulp and paper production, from 1 to 2 is regular, and above 2 it may not be used for paper.

Almost all RK values of earlywood that corresponds to the highest proportion of acacia wood, (Rucha et al., 2011) were lower than 1 (Figure 4) suggesting a good potential for pulp and paper. This was shown in previously work of this research group (Santos et al., 2006, 2012; Anjos et al., 2011). The latewood presented higher RK values, but almost all were lower than 2 (regular use for pulp and paper).

The potential of *E. globulus* wood for pulp and paper is well known. For *E. globulus* wood, Patt et al. (2006) found RK values of 0.56 and Gominho et al. (2014) RK values ranging between 1.0 and 1.9. The RK values found for *A. melanoxylon* are close to the values reported for *E. globulus* wood, thus supporting its potential for pulp and paper.

The tensile and bursting strength depend mainly on the fibre bonding in the paper sheet which is largely related to the flexibility and compressibility of the individual fibres (Alao, 2009). Values of flexibility index ranging between 50 and 75 (Figure 4) mean that the fibres will produce good paper with high strength properties (Brindha et al., 2012).

According to Bektas et al., (1999) the flexibility index (FI) can be separated in four classes: high elastic fibres with FI over 75; elastic fibres with FI between 50 and 75; rigid fibres with FI between 30 and 50; highly rigid fibres with FI less than 30.

The *A. melanoxylon* fibres are included in the elastic fibres group. The FI values in latewood were lower than in earlywood for both north and south directions. In fact the earlywood fibres with lower wall thickness and higher lumen diameter are more flexible than the latewood fibres.

The porosity measured as vessel percentage (area %) was lower near the tree pith (Figure 5) but the vessel number was higher which suggests that the lower porosity observed near the pith is a result of slight increase vessel number with a lower size. These results are in agreement with those observed in other species (Sharma, 2005; Silva 1987).

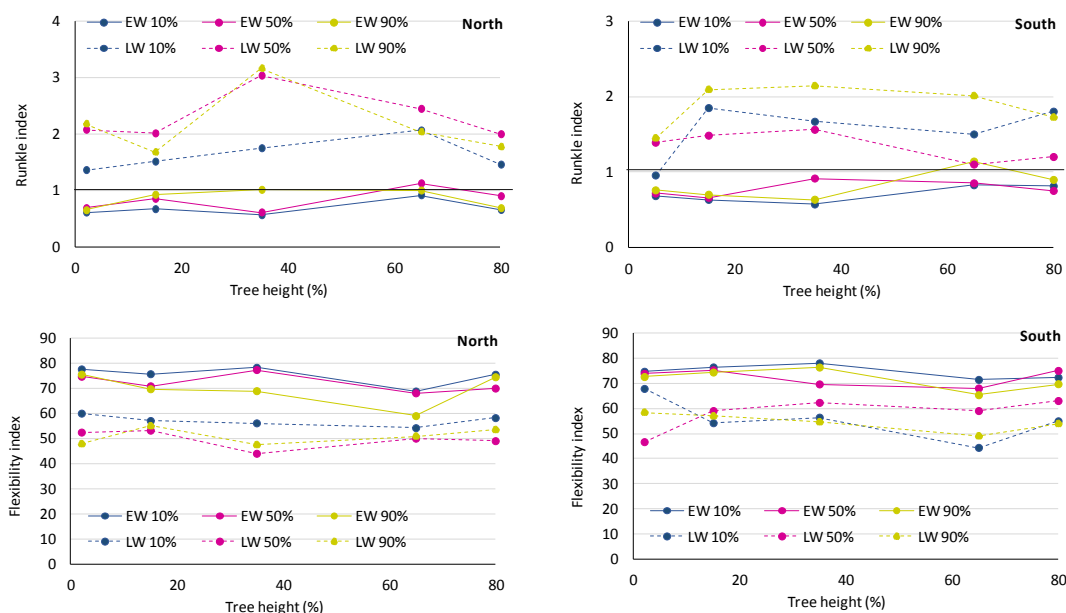


Figure 4 - Height and radial variation of Runkle and flexibility indexes of *A. melanoxylon* wood.

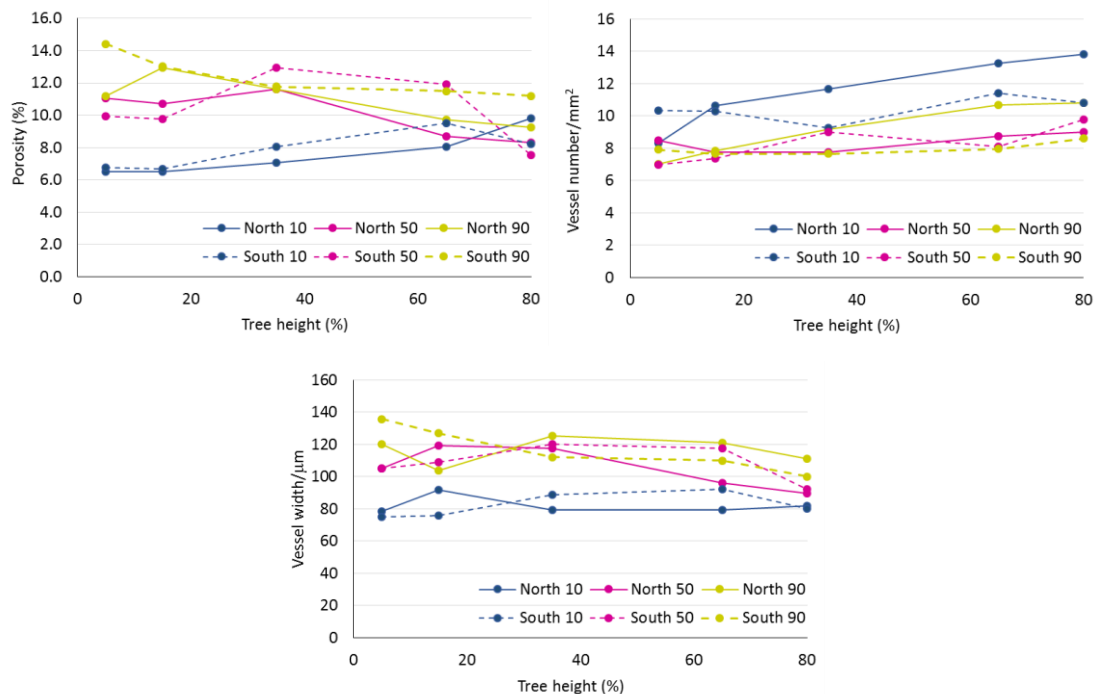


Figure 5 - Height and radial variation of porosity, vessel number and vessel width of *A. melanoxylon* wood.

The variation between North and South positions was not significant ($p < 0.05$) for porosity, vessel number and vessel width. These results are in accordance to those reported by Rodrigues et al. (2007).

CONCLUSIONS

For *A. melanoxylon* trees growing in the north of Portugal the wood fibre diameter and wall thickness showed no specific within-tree variation pattern in axial and radial directions. The earlywood fibres were thinner and had higher lumen diameter than the latewood fibres.

A. melanoxylon wood was quite similar to *E. globulus* wood in relation to pulp quality indexes thus confirming its quality for pulp and paper production.

A. melanoxylon wood showed lower porosity near the pith corresponding to a slight increase of vessel number but with lower size.

For all the parameters measured in this study, the variation between north and south directions was not significant.

ACKNOWLEDGEMENTS

Centro de Estudos Florestais is a research unit funded by FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia (UID/AGR/00239/2013).

REFERENCES

- Alao, O. (2009). Fibre morphology and its extent in pulp and paper making. Unpublished Student's Industrial Work Experience Scheme (SIWES) notebook FRIN, Ibadan, Nigeria.
- Anjos, O., Santos, A., & Simões, R. (2011). Effect of *Acacia melanoxylon* fibre morphology on papermaking potential. *Appita Journal*, 64(2), 185-191.
- Bektas, I., Tutus, A. & Eroglu, H. (1999). A study of the suitability of Calabrian pine (*Pinus brutia* Ten) for pulp and paper manufacture. *Turkish Journal of Agriculture*, 23, 589-599.
- Brindha, D., Vinodhini, S., & Alarmelumangai K. (2012). Fiber dimension and chemical contents of fiber from *Passiflora foetida* L. and their suitability in paper production. *Science Research Reporter*, 2(3), 210-219. ISSN: 2249-7846

- Dadswell, H.E., & Eckersley, A.M. (1935). The identification of the principal commercial Australian timbers other than eucalypts. CSIR (Aust.) Bull. N^o. 90.
- Gominho, J., Lopes, C., Lourenço, A., Simões, R., & Pereira, H. (2014). *Eucalyptus globulus* stumpwood as a raw Material for pulping. *Bioresources*, 9(3), 4038-4049.
- Griffin, A.R., Midgley, S.J., Bush, D., Cunningham, P.J., & Rinaudo, A.T. (2011). Global uses of Australian acacias – recent trends and future prospects. *Diversity and distribution*. 17, 837–847. DOI: 10.1111/j.1472-4642.2011.00814.x
- Iqbal, M., & Ghouse, A.K.M. (1983). An analytical study on cell size variation in some arid zone trees of India: *Acacia nilotica* and *Prosopis spicigera*. *IAWA Bulletin*, 4(1), 46-52. DOI: 10.1163/22941932-90000775
- Jablonski, M., Sedliacik, J., & Ružinská, E. (2010). Less popular application of trees and bushes growing in Poland and Slovakia. *Annals of Warsaw University of Life Sciences – SGGW, Forestry and Wood Technology*, 71, 240-244
- Kiaei, M., Tajik, M., & Vaysi, R. (2014). Chemical and biometrical properties of plum wood and its application in pulp and paper production. *Maderas. Ciencia y tecnología* 16(3), 313-322, DOI:10.4067/S0718-221X2014005000024
- Machado, J., Louzada, J., Santos, A., Nunes, L., Anjos, O., Rodrigues, J., Simões, R., & Pereira, H. (2014). Variation of wood density and mechanical properties of blackwood (*Acacia melanoxylon* R. Br.). *Material and Design*, 56, 975–980. DOI: 10.1016/j.matdes.2013.12.016
- Miranda, I., & Pereira, H. (2002). Variation pulpwood quality with provenances and site in *Eucalyptus globulus*. *Annals of Forest Science*, 59(3): 283-291. <https://doi.org/10.1051/forest:2002024>
- Patt, R., Kordsachia, O., & Fehr, J. (2006). European hardwoods versus *Eucalyptus globulus* as a raw material for pulping. *Wood Science and Technology*, 40, 39-48. DOI: 10.1007/s00226-005-0042-9
- Pereira, H., Santos, A.J.A., & Anjos, O. (2016). Fibre morphological characteristics of Kraft pulps of *Acacia melanoxylon* estimated by NIR-PLS-R models. *Materials*, 9, 8;. DOI:10.3390/ma9010008
- Rodrigues, C., Santos, A., Tavares, M., & Anjos, O. (2007). Vessel morphological evaluation of *Acacia melanoxylon* wood. *Proceedings of Wood Science and Engineering in the Third Millennium" - ICWSE 2007. Brasov - June 20 – 22. Romania*, p: 92-99.
- Rucha, A., Santos, A., Campos, J., Anjos, O., & Tavares, M. (2011). Two methods for tree volume estimation of *Acacia melanoxylon* in Portugal. *Revista Floresta*. 41(1), 169-178.
- Runkle, R.O.H. (1952). *Pulp from Tropical Woods*. Bundesanstalt fur Forst und Holzwirtschaft, ReinbekBez. Hamburg, pp 20-25.
- Sahri, M. H., Ibrahim, F. H., & Shukor, N.A. (1993). Anatomy of *Acacia mangium* grown in Malaysia. *IAWA Journal*, 4(3), 245-251. DOI: 10.1163/22941932-90001326; ISSN
- Santos, A., Amaral, M.E., Gil, N., Anjos, O., Rodrigues, J., Pereira, H. & Simões R. (2012). Influence on pulping yield and pulp properties of wood density of *Acacia melanoxylon*. *Journal of Wood Science*, 58(6), 479-486. DOI 10.1007/s10086-012-1286-2
- Santos, A., Anjos, O., & Simões, R. (2006). Paper making potencial of Acacia. *APPITA journal*, 59 (1), 58-64.
- Silva, A.C. (1987). *Introdução á anatomia da madeira*. Manaus: Instituto de Tecnologia da Amazônia.
- Sharma, S.K., Rao, R.V., Shukla, S.R., Kuma, P., Sudheendra, R., Sujatha, M., Dubey, Y.M. (2005). Wood quality of coppiced *Eucalyptus tereticornis* for value addition. *IAWA Journal* 26 (1), 137-147. DOI: 10.1163/22941932-90001608
- Tavares, F., Quilhó, T., & Pereira, H. (2011). Wood and bark fiber characteristics of *Acacia melanoxylon* and comparison to *Eucalyptus globules*, *Cerne, Lavras*, 17(1), 61-68.
- Wilkins A. P., & Papassotiropoulos, S. (1989). Wood anatomical variation of *Acacia melanoxylon* in relation to latitude. *IAWA Bulletin*, 10 (2), 201-207. DOI: 10.1163/22941932-90000490
- Young, J.H. (1981). Fiber preparation and approach flow in pulp and paper. In: Casey JP (eds). *Chemistry and chemical technology*, Interscience Publishers, New York.

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

millenium

ÉTICA E PROPOSTA DE APROVEITAMENTO DE DADOS NÃO UTILIZADOS DO TRABALHO CIENTÍFICO
ETHICS AND A PROPOSAL TO USE UNUSED DATA IN SCIENTIFIC WORK
ÉTICA Y PROPUESTA DE APROVECHAMIENTO DE DATOS NO UTILIZADOS DEL TRABAJO CIENTÍFICO

23
23
23

Millenium, 2(5), 23-30.



ÉTICA E PROPOSTA DE APROVEITAMENTO DE DADOS NÃO UTILIZADOS DO TRABALHO CIENTÍFICO
ETHICS AND A PROPOSAL TO USE UNUSED DATA IN SCIENTIFIC WORK
ÉTICA Y PROPUESTA DE APROVECHAMIENTO DE DATOS NO UTILIZADOS DEL TRABAJO CIENTÍFICO

*Isabel Camalhão*¹

*Serafim Camalhão*²

¹ Centro de Estudos Interdisciplinares em Educação e Desenvolvimento (CeIED) Instituto de Educação – Universidade Lusófona, Lisboa, Portugal.

² CIES-IUL, Lisboa, Portugal

Isabel Camalhão - isabelferreira66@hotmail.com | Serafim Camalhão - serafimleopoldo@hotmail.com



Corresponding Author

Serafim Camalhão

CIES-IUL

Edifício ISCTE, Av. das Forças Armadas

1649-026 Lisboa – Portugal

serafimleopoldo@hotmail.com

RECEIVED: 29th november 2017

ACCEPTED: 18th January 2018

RESUMO

Introdução: Todo o trabalho científico nas áreas das Ciências Sociais e Humanas não utiliza todos os dados que recolhe e exclui elementos que não vão integrar os resultados finais. Estes dados podem ser úteis para outras investigações, mas colocam-se problemas éticos que dificultam o seu aproveitamento.

Objetivos: Desenvolver uma metodologia para usar os dados não utilizados e propor uma interpretação ética que facilite a utilização destes dados.

Métodos: Utilizaram-se os procedimentos e fases de construção de um projeto de investigação, tendo por centro uma área e um problema metodológico.

Resultados: A criação uma proposta de uma metodologia especificamente destinada à utilização de dados não utilizados, aberta e flexível.

Conclusões: A utilidade de aproveitar não só os dados não utilizados, assim como, todos os elementos de uma investigação social, que vem beneficiar todo o conhecimento. No campo da ética, centrou-se na questão de proteger as comunidades, os participantes e o investigador como critério central no aproveitamento de dados. As questões éticas são demasiado complexas para caber num único artigo.

Palavras-chave: Dados não utilizados; Metodologia; Conhecimento; Ética.

ABSTRACT

Introduction: All scientific work in the social sciences don't use all collected data and exclude elements that won't be part of the result. This data can be useful to other researches, but it has ethic problems that difficult their use.

Objectives: Develop a methodology to use the data not analysed and propose an ethical interpretation that facilitates its use.

Methods: It was used the procedures and steps of a construction of an research project, having as a centre one methodological area and problem.

Results: The creation of a proposal of one methodology specifically destined to the use of unused data, open and flexible.

Conclusions: The utility of the use, not only of unused data, but also, all elements of a social research, that will benefit all knowledge. In the field of ethics, the focus is in the question of protecting communities, participants and the researcher. The ethical questions are too complex to be treated in one only article.

Keywords: Unused data; Methodology; Knowledge; Ethics.

RESUMEN

Introducción: Todo lo trabajo científico en las áreas de las Ciencias Sociales e Humanas no utiliza todos los datos que recoge y excluye elementos que no tendrán parte de los resultados finales. Estos datos pueden ser útiles para otras investigaciones, pero se colocan problemas éticos que dificulten su utilización.

Objetivos: Desarrollar una metodología para utilizar los datos no analizados y proponer una interpretación ética que facilite su uso.

Métodos: En este artículo se utilizarán los procedimientos y fases de la construcción de uno proyecto de investigación, tenido por centro un área y un problema metodológico.

Resultados: La creación de una propuesta de una metodología destinada a la utilización de datos no utilizados, abierta y flexible.

Conclusiones: La utilidad de aprovechar, no solo los datos no utilizados, así como, de todos los elementos de una investigación social, que viene beneficiar todo lo conocimiento. En lo campo de la ética, se cetro en la cuestión de proteger las comunidades, participantes y lo investigador como criterio central no aprovechamiento de datos. Las cuestiones éticas demasiado complexas, pero caber en un único artículo.

Palabras Clave: Datos no utilizados; Metodología; Conocimiento; Ética.

INTRODUCTION

This article was born the confluence of an troubled PHD Thesis with many excluded data that result in the intention to use this unused data, present in the article "Os "despojos do trabalho científico em Ciências Sociais: O potencial do conhecimento dos "restos" (Camlhão & Camalhão), in this article it was proposed a way to use this unused data and the last his public presentation in the Iberic-American Congress in Qualitative research.

The article published in the proceedings of CIAIQ 2017 is structured in a substantive form, it is used Glasser (1992) term concerned with two aspects, becoming more didactic, assessible to all and present a scientific problem inherent to an area substantive and concrete. Starting from this observation, it becomes evident that was needed give a more formal form to the article.

The oral presentation of this article revelled that would be important to add an ethical dimension. It is an old problem that we have seen personally in the academic environment, the creation of walls and barriers to knowledge. What surprised us was the extensions of the problem presented by the Brazilian researchers, they couldn't use the unused data, for scientific proposals. The explanation that was given than, was that the Ethics Committees forbid and become impossible the use of unused data through one highly restrictive interpretations of ethical rules.

In our point of view, it more important propose one solution, rather than just criticise. We put ourselves in the place of Ethics Committees and they have reason in the sense that Hammersley & Trainou (2012) remember us that doing social research have rules and risks for the researchers and participants. Our proposal implies doing a just interpretation of ethical aspects, allowing the use of unused data, and in this broaden this idea to reuse all information present in social research.

The content of this article it was born from a common problem of two researchers, the end of a PHD Thesis with a lot of unused information and the other a restart of a PHD Thesis where is needed review all the work that has been done. This work it was born from an collaborative ethnography (Chang, Ngunjiri & Hernandez, 2013), where all observations and academic experience of both researchers become important to the construction of this work. Because of that many statements are this field, that easily could be justified in the literature, but they don't belong to any author, just to ourselves. Nevertheless, in the essential, our concern, just as in Grounded Theory, we look for formalize and transform one problem in a coherent proposal with a relevant literature.

In our experience as students in academic world, we observe, that whenever end an academic work, que do one evaluation of what have produced. Also, we have seen that our colleges did the same. In our case the evaluation was made comparing what we pretended to do and what we had accomplished, this reveal flaws, limitations and what we could do better. The literature has an abundant in production of this indicators, that we recommend the reading of Patton (2015, p. 21) in which the topics are the proposal of a research; to whom is addressed, research question, answer to the question, resources and quality of results.

In the case of ended PHD Thesis, the evaluation revealed that from 126 interviews done just 78 were used. When we spoke with our colleges, it was revealed that is normal, in the function criteria applied to academic work that formally limit their dimensions, the boundaries of a research project and exclude that don't fit in that limits. This unused data can be utilized.

In methodological terms, we use the same procedures used in any research design (Quivy & Campenhoud, 2011) with a the choosing of a topic or theme for a research, a research problem, a framework and methodology. In the article that originate these, it has the concrete data to give them structure. Here are just the abstract aspects with a higher formalization, the result is the one final proposal to treat this data.

What the reader of this article will find in the next pages is that is presented isn't new, there are several methodologies that reuse data. What we propose it is more one proposal to be debated. In a realistic way, we assume that is impossible to expose all arguments e references about these theme, but only the ones that we consider more representative.

In our academic experience, we verify that, when we start one research process we can define previously what will be included and excluded in the presentations of the results. In this process, we will add and remove elements, in which is important to keep all the data an know why we have taken this or that decision.

The type of elements collected and excluded, are the same of any academic work. They are essentially, bibliographic, documents, empirical data collected in the field and reflexive with aspect related to the researcher. The main point is in seeing if the information collected is complete or incomplete. The complete information is the one in which all elements or components, in his whole has one coherent and logical form. The information is incomplete if all the elements aren't clearly enough, the data are inconsistent, contradictory, it is needed to do more research to reach a minimal state of coherence. They are just clues. We, as authors of this text, defend that there no complete information, just coherent and logical enough.

The unused data, are data or excluded information from a final work in Social and Human Sciences. The quality and quantity of this unused data, are an important criterion in what we can do with them. We defend that don't exist perfect research process, and these leave always unused data.

This evidence, raises a criticism about the waste of knowledge generated by the inevitable destruction of the unused data. Knowledge exists to be shared, and this is the centre of this article.

1. THE STARTING POINT

Our starting point, was a popular image, that it doesn't has author or owner, it belongs to the practices of any family with scarce resources or spared. The popular wisdom, tells us that in a world where are people with hunger, it is a crime to throw away food. What is normal is to use the scratches in two ways by gathering all the chunks or joining more elements to what they have. In these practices no one knows previously, what will be left over from a meal.

Using this argument, we changed the term scratches to unused data, but the principle is the same. Any research, leave unused data, that point the existence of any information excluded for one or another reason. There is many information that can happen in a different way in a research. Thigs happen that change what was initially planned, namely the idea of Rossman and Rallis (2012), which pointed the objective of a researcher is to learn in the field, be flexible, to become able to listen the other. This may lead to the exclusion of gathered information. In other situations, Quivy & Campenhoud (2011), worn for the risk of research design with conceptions problems, too much ambitious to the skills and researcher resources.

In a practical point of view, that we have seen in our academic life made us to adapt some designations. Flick (2005) presents a distinction between linear and circular research. To this author, linear means quantitative where all aspect are previously defined. In our proposal, linear means only that the researcher has an equilibrated research design, in the access to the field didn't had problems, everything went well, it didn't have nothing to change, but to add. The term circular means that the researcher along the research process is going to adapt the research design to the concrete research. In our conception circular, we add a term troubled and the successions of problems that lead to the research be necessarily circular. The unused data are present in both situations. In the first the field are so rich that something has to be excluded, but in the most part was used. In the second, the succession of problems leads a number of changes in a research that leave a lot of unused information. The notion that we wont to tell is that this data can either be used on new research process or complete other academic works.

2. WHAT ARE UNUSED DATA?

In his simplest form, we define unused data or excluded information as the data or excluded information from the final results in Human and Social Sciences. It is not enough to present this definition, it becomes useful to search in the literature, to what can correspond. In the literature we found several terms, in which we highlight tree: data reduction, traces and corpus, that is near academic experience. As we can observe:

- Miles & Huberman (1994) uses the term "Data Reduction" means that in any investigation there is a need to reduce or condense data, abstracts inevitably imply deleting or losing data.
- Ghiglione & Matalon (1992) uses the term traces to designate documents, the remains leave records showing signs of a phenomenon.
- Paillé & Mucchielli (2009) uses the term "corpus" to designate the set of elements that constitutes an investigation.

2.1. The use of unused in the Social Sciences

What is presented is not new, we find that researchers and students publish articles, conference proceedings, seminars, books and in multiple forms, throughout a process of investigation extending beyond this. These are evaluated by their scientific production. The provisional results of an investigation are remains very similar to remains, because provisional and the accomplishment of articles after an academic work, a reutilization of the data because it implies the deepening of the same ones.

This article has origin and basis in the work of Rodriguez (2011) Analysis of Incomplete Data in Social Sciences. The author addresses a recurrent problem in quantitative methodologies databases are incomplete in the surveys with non-responses and the resulting voids. The problem was solved with some observations: (1) he has cheeked that some data that should be present are absent, we look for in the matrix or structure elements that allow us to find the lost or missing elements; (2) when trying to recover information it is enough to reorganize the elements around a question; (3) contrasting the various variables by looking for correlations, it is possible to estimate the lost value. These three solutions indicate that the desired information can be found in a structure, simply by reorganizing the data or contrasting the various variables. This first reading warned us to the possibility of taking advantage of the remains of any academic work.

The above referred work is quantitative in nature but its principles can be applied to any research. The next challenge was to do the same qualitatively in a more comprehensive way, with the possibility of looking for information inside and outside the structure to complete the missing elements.

In the final version of a Doctoral Thesis, the data recorded on any paper or electronic medium are documents with different types of information. The literature confirms this statement to be coupled with some examples that allow the use of data: Bernard & Ryan (2010) indicate the term secondary analysis of data, to designate the use of data of other investigations the problem implies lack of information; Wästerfors, Åkerström & Jacobsson (2014) speak in reanalysis of qualitative data is the analysis of the data of an investigation by another investigator different from that had done it.

We could very easily go to one of these ways of reusing and seizing data, but the philosophy of this article indicates that before making any decision one has to have the notion of the type of information produced. The image that we reproduce more than theoretical is practical, in this case the main concern was solving problems, there is no care to record what is left out, the question of re-use of the data appears at the end and knowing what we had implied making an assessment of what we have.

In a qualitative approach, contextualization is fundamental (Rossman & Rallis, 2012), the challenge is to understand the data without its context with the maximum information. After recovering the information taken to re-analyze the same, regardless if

they were the researcher is who collected the data or another. All methods and techniques can be used. There are, however, many remains that are primary data, collected by the researcher which have not been yet analyzed, distinguishing themselves from the reanalysis or even from a secondary analysis. Among the options you can still return to the field to complete what is missing. From this point of view, we consider that whenever the data are used in the original record, for example interview transcriptions, the distinction is useless, they are data of the same nature.

Both the unused data and the reanalysis of the data imply an attitude of openness to all forms of information and methodologies, because before making an evaluation of what one has, it is not possible to take any decision.

3. PROPOSAL OF A METHODOLOGY FOR THE USE OF REMAINS

The use of unused data aims to treat the unused data in the form of scientific publication or participation in academic events. We do not predefine the way because this depends on the potentiality of the remains and the solutions to the complementary ones. The proposed methodology is comprehensive and open, leaving room to each one's to adapt it to its concrete situation. We define four phases: hermeneutics, analysis and taking decision, complementary analysis of data and formalization of results.

2.1 The hermeneutic phase

The hermeneutic phase is not really a stage, its main activity is to evaluate the data that were not used (Rodrigues, 2011). This work goes beyond a mere description and exploration of its contents including the understanding, relationships, structure, meaning and meaning of the data. Using a simple definition is the moment when it is necessary to identify what is left of from academic or scientific work. In this evaluation, it is necessary to avoid any preconceptions (Glasser, 2013), this would lead to sub or overestimate one aspect over another and in the expression "all is data" (Glasser, 2001, p. 145) in all unused data regardless the form or the source they are potentially useful sources of information. This is not a stage or a phase, because it isn't the moment where we take decisions, the objective. The objective is simply knowing what we have without other preoccupations. In the case that we had to select or decide what to do, like in one PhD Thesis, we would trough out data. Than what it is? It is a moment in which we will return recurrently, to seek the elements we need.

You will not make decisions at this stage, this is only possible once the evaluation has been completed.

Hermeneutics arises in a context where it is necessary to go beyond the mere description or relation among data. In the first place, the scientific works in Social Sciences take a written form and of discourse. These elements can discover meaning, reference and meaning (Ricour, 2013). Wernet (2014) presents four principles: Exclude the context; Take the literal meaning of the text seriously; Sequentially and Extensiveness. This contribution is accepted partially, the context is part of the data, without this it cannot understand the unused data, but the notion is that the first reading goes through the interpretation only of what is written, sequentially comes to expose the structure that is in the text and the extensively indicates that all the elements must be analyzed in detail, depth, the hypotheses are referring to small parts of the whole, so it was realized, the extensively arises from the analysis of the set of the various parts. This first analysis does not need to be so detailed, but needs to be understood and its structure exposed. The initial process can be summed up to the three stages of the circle of hermeneutics which, according to Carpenter (2013) are the simple reading, the structural analysis and the interpretation of the whole. As it is proposed, at this initial moment the intention is to become familiar with the data revealing its structure and understanding the potential of the presented unused data.

3.2. First phase: Analysis and decision making

There is enough information at this stage to start a research process. The decisions to be made depend on the resources of the researcher (Quivy & Campenhoud, 2011), of his ambition and of the data that he possesses, at least a small article at most a new research funded.

The basis of this and the next phase are based on Saldaña (2013), in this phase is the first cycle of coding, with the first contact, treatment and approach to data. The first challenge is in choosing a coding process. The investigator may wish to conduct an investigation from the data, revealing its structure, often using an in vivo coding can have an attitude similar to an analytic induction, with the use of hypotheses and a provisional coding scheme previously created. Finally, it is possible to start from a previous encoding scheme where a protocol with procedures and classifications may be involved. There is an openness here to all kinds of qualitative methodologies and if the researcher wants mixed or even quantitative, it depends on the objective, formation and intention of those who study. The unused data, which however, always present failures and by nature incomplete, were excluded from the structure from which they emerged. The objective of this phase is to reveal the structure and consistency of the data selected for the use of the unused data.

We use the language of Grounded Theory to exemplify this phase, the procedure goes through an open coding having only the basis of the data (Glasser, 1992). The goal is always to achieve a substantive theory (Glasser & Strauss, 1967), but at this stage it is neither possible nor supposed to reach this level. In this methodological approach, both the objectives and the concern of the researcher, is to systematize and maximize what the data has to offer in order to identify the inevitable failures.

3.3 Second phase: Complementary analysis of data

The complementary analysis of data refers to the discovered failures or limitations. It is important to note that the unused data, based on the Grounded Theory, reveal a structure, a logic and even limited hypotheses.

We start with this approach based on the principle that data (Rodriguez, 2011), are not lost, are unused data and information is simply missing and needs to be completed. The strategies used consist of the crossing of data, which here being numerical take the form of tables. At a more qualitative level we work in a similar way, but attention is given to the text, to the letter then the crossing is done through matrices (Miles & Huberman, 1994).

In the use of unused data, we proceed as if it were a new investigation, where failures to complement are detected. In our perspective, the unused data are part of a whole (Paillé & Mucchielli, 2009) Irrespective of whether they have been used, it is in this whole body the unused data and traces that one must look for first what is needed to complete what is missing. When the original research capability is exhausted, if the researcher has resources and the process of recovery of remains is included in a scientific project, then there is the option to go back to the field as Strauss & Corbin (2008) do to improve and correct failures until the end of the investigation. But it can happen that the researcher does not have the resources, you can also look for another study about the area or thematic and ask permission to use the data collected in the field before being analyzed can still join forces with the colleague with the unused data of both doing a fabulous job on something that would go to waste. In the latter case, there is always the modesty of accepting what the research data allows, the researcher was happy because he did not throw away something that might be useful to others.

The question that remains to be solved is how will we join elements of both the research itself and external to it? In all investigations there is always a theme, a question of departure and objectives, this is the guiding thread, from which it will be necessary ton all investigations there is always a theme, a question of departure and objectives, this is the guiding thread, from which it will be necessary to use the comparative method, in which Glasser & Strauss (1967) presents a table where the comparison between groups is made by crossing information by similarity and difference in the columns and the minimum and maximum degree in the lines, the result is that it allows finding pertinent information for what is missing. It can not be said that it is something that can be done with two, three or more moments, the only rule that defends itself, in order to avoid confusion, is that one must first begin with the data of the investigation and after this goes to the external data, for prudence the analysis must be done by groups or types of information and of these not everything is usable.

In a reference to Saldaña (2013) this phase would correspond to the second cycle of coding methods which is no more than translating, "reorganization and reanalysis of the coded data through the first cycle of methods" is the search for patterns, structures, hypotheses. There is a difference here, these elements necessarily have to be discovered in the previous phase. Here, we only try to complete what is missing, which does not prevent what has already been done and rethink the analysis.

3.4 Third phase: Formalization of results

The third phase consists of the passage of all work in written form with the formalization of results. One of the tasks present in this task is to re-consult the bibliographical references again in this process to discover data that need the confrontation with the literature. The reality is that many problems are only discovered when one begins to write formally.

Writing is not easy, (Wolcott, 2009) imply reconstruct all the research process, and present it in a coherent form to a given public. Although it isn't doing Classic Grounded Theory (Glasser, 2007), in ascertain way we look for the core category presented in the data, and then compare it with the relevant literature. This stage can be longer or shorter depending of the unused data, body of presented data and type of research.

This research process needs passing through one instrument for validation, verification and generalization of results. The test is done by confronting the literature, comparing the data and complementing failures naturally through the formalization of results. In the case of the unused data it is necessary to be humble and modest both in relation to the results and to their generalization. We recommend doing what Miles & Huberman (1994) refer to as the design and verification of conclusions, as in any investigation to present and discuss the results of the analysis of the unused data.

4. HOW TO PROCEED TO THE USE OF UNUSED DATA.

In this section, the objective, is in specify how can we proceed in a more technical way. The hermeneutic moment is the base of all research process, where we put the information in graphic representation and create one data storage system accessible to both data treatment or identification. To this end we use matrices (Miles & Huberman, 1994) where gather data by resemblance and difference. In this matrix, we can put either numbers or text, as it can be observed in figure 1.

Table 1 – Representation of a matrix of data with base in Miles & Huberman (1994), Glasser & Strauss (1967) and Ragin (2014)

External data		
A1 Internal data	B1	C1 →
A2	B2	C2
A3 ↓	B3	C2 →

The figure presents two elements: internal correspond to the corpus (Paillé & Muccielli, 2009), a set of elements in one research, that in a broad sense include the unused data; the external elements are those who don't belong to the original research.

Each cell is related to one part of the study with his data, where we put the essential information. Each cell has a relation with a folder physical or informatic, there we will put all the data relative to this part. Each part and the whole has a report with an evaluation about the data.

The arrows in the graphic represent the comparison made within a cell and between cells. These cells are constantly reorganized by a question (Rodrigues, 2011) with the end to complement the unused data or search for information. In the case we don't find answers in corpus, we would to look for information outside, in other researches or returning to the field (Strauss & Corbin, 2008).

5. ETHICAL ISSUES

Data sharing in social research is not free of ethical issues, we could start with copyright in our point of view is not a problem, because access to primary data depends exclusively on universities and researchers give them access. Usually, as we have seen, only the finished work and the data used are accessible, to those the question arises, as above depends on authorization.

The main ethical problem must be put in the use of these and in the protection of the participants. There is a lot of literature on ethics in research, in the case of a qualitative approach the question that is in question is the text and the contextualization (Rossman & Rallis, 2002; Miles & Huberman, 1994), in practice we will not reduce everything to numbers and abstractions, but we reflect on the subject and conclude that this exposes people.

How can we do it? We start from our practical experience, what we did in our theses. It's a question of common sense, but you can find reference in the literature, we consider three levels of protection, the first is to change the name of the participants, omit the name of the entities, data as addresses, small geographical areas, the second implies rewriting parts of the original leaving only the content and the third pure and simple elimination either because the participant requested or because the content harms the own, and is not relevant. Not everything is profited or revealed.

In our proposed recovery, based on Wästerfors, Åkerström & Jacobsson, (2014) we replace the term deidentification and relocation instead of decontextualization. In protecting the participants, it is enough that we can not identify them and not locate them in space, the rest is loss of data.

It is important to legitimize the reuse of data as well as the use with rule which we consider the following:

1. All data reuse must be presented as a project and be approved either by the scientific committee or other competent entity to verify the rules below.
2. All data can be reused once properly de-identified and delocalized.
3. Sharing data can only be used exclusively for scientific purposes, and this is the purpose of every research.
4. There is a hierarchy of data access, some of which are reserved access.
5. Sharing the data of several researchers depends on their prior authorization to do so.
6. When the data are sensitive, the original documents should not be exposed, leaving only the results without ethical problems.
7. Access to data is provided mainly to disabled people with no possibility of doing field work, students without resources who wish to finish their courses and teaching with practical cases.
8. A researcher with a lot of empirical material, can reuse all his data without restrictions, only needing to present a project for ethical approval.

What we present is a starting point for discussion, the important thing is that we share the information we have, creating a useful knowledge and for the benefit of all.

CONCLUSIONS

This article presents one proposal to the use of amused data. His authors made bricolage to produce one methodological propose that allow the use of this data. The problem exceeds the methodological question, if we do a rigid interpretation of ethics in research, then we lose knowledge, if there are no etic, all produced knowledge became invalid. It is important the use of good sense, all data can be reused since the participants and researchers be protected with well-balanced rules. Do not pretend the reader see in this simple article completely treated in one article. We only pretend to lunch the discussion and invite all to criticize and develop this simple ide, the use of unused data in an ethical way.

REFERENCES

- Bernard, H. R & Ryan, G. W. (2010). *Analysing Qualitative Data: Systematic Approaches* London: Sage Publications, Ltd.
- Camalhão, I. e Camalhão, S. (2017), Os “despojos” do trabalho científico em Ciências Sociais: O potencial do conhecimento dos “restos”. 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa de 12 a 14 de julho de 2017. Salamanca, Espanha. Acedido em <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1137/1103>.
- Carpenter D. R. (2013). Método Fenomenológico. In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (Ed.). *Investigação Qualitativa: Avançando o Imperativo Humanista* (5 th e. pp. 73 - 96). Loures: Lusodidactica.
- Chang, H., Ngunjiri, F. W. & Hernandez, K.-A. C. (2013). *Collaborative Autoetnography*. Walnut Creek: Left Coast Press inc.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Glasser, B. G. (2013). *No Preconceptions: The Grounded Theory Dictum*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glasser, B. G. (2007). *Doing Formal Grounded Theory: A Proposal*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glasser, B. G. (2001). *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glasser, B. G. (1992). *Basics of Grounded Theory Analysis*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glasser, B. G & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine.
- Hammersley, M. & Traianou, A. (2012). *Ethics in Qualitative Research: Controversies and Context*. London: SAGE Publications Ltd.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2009). *L'Analyse Qualitative en Sciences Humaines et Sociales*. (3 rd ed.). Paris: Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4 th ed.) London: SAGE Publications Ltd.
- Quivy, R. & Campenhoud, L. (2011). *Manuel de Recherche en Sciences Sociales*. (4 th ed.). Paris: Dunod.
- Miles, M. B & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. (2nd ed). London: SAGE Publications, Ltd.
- Ragin, C. C. (2014). *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Oakland: University of California Press.
- Ricour, P. (2013). *Teoria da Interpretação: O Discurso e o Excesso de Significação*. Lisboa: Edições 70.
- Rodríguez, G. R. (2011). *Análisis de Datos Incompletos en Ciências Sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Rossmann, G. B. & Rallis, S. F. (2012). *Learning in the Field: An Introduction to Qualitative Research* (3 rd ed.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Saldaña, J (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers* (2 nd ed.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3 rd Ed.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Wästerfors, D., Åkerström M. & Jacobsson, K. (2014). Reanalysis of Qualitative Data. In Flick, U. (Ed.). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (pp. 467 – 480). London: SAGE Publications Ltd.
- Wernet, A. (2014). Hermeneutics and Objective Hermeneutics. In n Flick, U. (Ed.). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (pp. 234 – 246). London: SAGE Publications Ltd.
- Wolcott, H. F. (2009). *Writing Up Qualitative Research* (3 rd ed.). London: SAGE Publications Ltd. Research (3ª Ed.). London: SAGE Publications Ltd.

Millenium, 2(5), 23-31.

pt

ÉTICA E PROPOSTA DE APROVEITAMENTO DE DADOS NÃO UTILIZADOS DO TRABALHO CIENTÍFICO
ETHICS AND A PROPOSAL TO USE UNUSED DATA IN SCIENTIFIC WORK
ÉTICA Y PROPUESTA DE APROVECHAMIENTO DE DATOS NO UTILIZADOS DEL TRABAJO CIENTÍFICO

*Isabel Camalhão*¹

*Serafim Camalhão*²

¹ Centro de Estudos Interdisciplinares em Educação e Desenvolvimento (CeIED) Instituto de Educação – Universidade Lusófona, Lisboa, Portugal.

² CIES-IUL, Lisboa, Portugal

Isabel Camalhão - isabelferreira66@hotmail.com | Serafim Camalhão - serafimleopoldo@hotmail.com



Autor Correspondente

Serafim Camalhão

CIES-IUL

Edifício ISCTE, Av. das Forças Armadas

1649-026 Lisboa – Portugal

serafimleopoldo@hotmail.com

RECEBIDO: 29 de novembro de 2017

ACEITE: 18 de janeiro de 2018

RESUMO

Introdução: Todo o trabalho científico nas áreas das Ciências Sociais e Humanas não utiliza todos os dados que recolhe e exclui elementos que não vão integrar os resultados finais. Estes dados podem ser úteis para outras investigações, mas colocam-se problemas éticos que dificultam o seu aproveitamento.

Objetivos: Desenvolver uma metodologia para usar os dados não utilizados e propor uma interpretação ética que facilite a utilização destes dados.

Métodos: Utilizaram-se os procedimentos e fases de construção de um projeto de investigação, tendo por centro uma área e um problema metodológico.

Resultados: A criação uma proposta de uma metodologia especificamente destinada à utilização de dados não utilizados, aberta e flexível.

Conclusões: A utilidade de aproveitar não só os dados não utilizados, assim como, todos os elementos de uma investigação social, que vem beneficiar todo o conhecimento. No campo da ética, centrou-se na questão de proteger as comunidades, os participantes e o investigador como critério central no aproveitamento de dados. As questões éticas são demasiado complexas para caber num único artigo.

Palavras-chave: Dados não utilizados; Metodologia; Conhecimento; Ética.

ABSTRACT

Introduction: All scientific work in the social sciences don't use all collected data and exclude elements that won't be part of the result. This data can be useful to other researches, but it has ethic problems that difficult their use.

Objectives: Develop a methodology to use the data not analysed and propose an ethical interpretation that facilitates its use.

Methods: It was used the procedures and steps of a construction of an research project, having as a centre one methodological area and problem.

Results: The creation of a proposal of one methodology specifically destined to the use of unused data, open and flexible.

Conclusions: The utility of the use, not only of unused data, but also, all elements of a social research, that will benefit all knowledge. In the field of ethics, the focus is in the question of protecting communities, participants and the researcher. The ethical questions are too complex to be treated in one only article.

Keywords: Unused data; Methodology; Knowledge; Ethics.

RESUMEN

Introducción: Todo lo trabajo científico en las áreas de las Ciencias Sociales e Humanas no utiliza todos los datos que recoge y excluye elementos que no tendrán parte de los resultados finales. Estos datos pueden ser útiles para otras investigaciones, pero se colocan problemas éticos que dificulten su utilización.

Objetivos: Desarrollar una metodología para utilizar los datos no analizados y proponer una interpretación ética que facilite su uso.

Métodos: En este artículo se utilizarán los procedimientos y fases de la construcción de uno proyecto de investigación, tenido por centro un área y un problema metodológico.

Resultados: La creación de una propuesta de una metodología destinada a la utilización de datos no utilizados, abierta y flexible.

Conclusiones: La utilidad de aprovechar, no solo los datos no utilizados, así como, de todos los elementos de una investigación social, que viene beneficiar todo lo conocimiento. En lo campo de la ética, se centro en la cuestión de proteger las comunidades, participantes y lo investigador como criterio central no aprovechamiento de datos. Las cuestiones éticas demasiado complexas, pero caber en un único artículo.

Palabras Clave: Datos no utilizados; Metodología; Conocimiento; Ética.

INTRODUÇÃO

Este artigo nasceu da confluência de uma Tese de Doutoramento atribulada com muitos dados excluídos, a intensão de os aproveitar, no que resultou o artigo "Os "despojos" do trabalho científico em Ciências Sociais: O potencial do conhecimento dos "restos" (Camlhão & Camalhão, 2017) que pretendeu propor uma forma de aproveitar estes dados não utilizados e por último a apresentação do mesmo artigo no Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa.

O artigo presente nas atas do CIAIQ 2017 (Camlhão & Camalhão, 2017) está estruturado numa forma mais substantiva, utilizado o termo de utilizado por Glasser (1992) preocupado com dois aspetos, tornar-se mais didático acessível a todos e apresentar um problema científico inerente a uma área bem substantiva e concreta. A partir desta observação tornou-se evidente que seria necessário dar-lhe um aspeto mais formal.

A apresentação oral deste artigo revelou que seria importante acrescentar a dimensão ética e confirmou o que nós os autores deste texto observamos pessoalmente todos os dias no meio académico, a criação de muros, barreiras ao conhecimento. O que nos surpreendeu foi a extensão do problema apresentado pelos investigadores brasileiros, em que não se poderiam utilizar os dados não utilizados numa pesquisa, aproveitando os mesmos para utilização científica. A explicação que nos deram foi que, as comissões de ética proibiam e tornavam impossível o aproveitamento de dados através de uma interpretação da ética muito restritiva.

No nosso ponto de vista é mais importante propor uma solução, em vez de criticar, colocarmo-nos no lugar das comissões de ética. Estas têm razão no sentido que Hammersley & Traianou (2012) nos lembram que fazer investigação social tem regras e riscos quer para o investigador quer para os participantes. A nossa proposta implica fazer uma interpretação justa dos aspetos éticos permitindo a utilização dos dados não utilizados e alargando o âmbito para toda reutilização de toda informação presente nos trabalhos de investigação social.

O conteúdo deste artigo nasceu de um problema comum a dois investigadores, o fim de uma Tese de Doutoramento com muita informação não utilizada e outro que retoma a sua tese onde é necessário rever todo o trabalho efetuado. Neste trabalho nasceu uma autoetnografia colaborativa, (Chang, Ngunjiri & Hernandez, 2013) onde todas as observações e experiência académica de ambos tornou-se importante para a construção deste artigo. Em consequência disso muitas afirmações caem neste campo, onde facilmente se poderiam justificar na literatura, mas que não pertencem a nenhum autor senão aos próprios. Há, no entanto, no essencial, a preocupação de um pouco à imagem da Grounded Theory, onde procuramos formalizar e transformar um problema numa proposta metodológica coerente com base na literatura relevante.

Na nossa experiência como estudantes no meio académico, observamos que sempre que terminamos um trabalho académico, realizamos uma avaliação do que foi produzido, verificamos que o mesmo acontecia com os nossos colegas. No nosso caso a avaliação foi efetuada comparando o que se pretendia fazer e o que se conseguiu, revelando falhas, limitações e o que se poderia fazer melhor. A literatura é abundante na produção destes indicadores recomendamos a leitura da obra de Patton (2015, p. 21) no qual os tópicos são a proposta de investigação, a quem se dirige, questões de investigação, resposta às questões, recursos e a qualidade dos resultados.

No caso da tese já terminada a avaliação revelou que de 126 entrevistas realizadas, apenas 78 foram aproveitadas. As conversas com colegas revelaram que isso é normal, em função dos critérios dos trabalhos académicos que limitam formalmente a dimensão, as fronteiras de um projeto de investigação e que excluem aquilo que não cabe dentro daqueles limites. Estes dados não utilizados podem ser aproveitados.

Em termos metodológicos utilizamos os mesmos procedimentos na construção de um desenho de investigação (Quivy & Campenhoud, 2011), com um tópico, um problema, um problema de pesquisa, uma pergunta de partida, um enquadramento teórico e uma metodologia. No artigo que deu origem a este, vem com dados concretos para lhes darem estrutura, aqui estão apenas os aspetos mais abstratos com uma maior formalização, o resultado é a proposta final de tratamento destes dados.

O que o leitor vai descobrir nas páginas seguintes é que aquilo que apresentamos não é novidade, há inúmeras metodologias que reutilizam dados. O que propomos é apenas mais uma proposta para discussão, onde é impossível expor todos os argumentos e referências, mas apenas as que consideramos mais importantes.

Partindo da nossa experiência académica, verificamos que quando começamos um processo de investigação não podemos definir a priori o que vai ser incluído ou excluído na apresentação de resultados. Neste processo vai-se acrescentado e retirando elementos, do qual é importante manter todos os dados e saber o porquê desta ou daquela decisão.

O tipo de elementos recolhidos e excluídos, são os mesmos de qualquer trabalho académico são essencialmente elementos bibliográficos ou leituras, documentos, empíricos recolhidos no terreno e reflexivos com aspetos ligados ao investigador. O aspeto central, está em perceber se a informação obtida está completa ou incompleta. Uma informação completa é aquela em que os seus elementos ou componentes, no seu conjunto constituem uma forma lógica e coerente, é incompleta se os elementos que a constituem não forem suficientemente claros, inconsistentes e contraditórios, necessitando sempre de mais investigação para atingir um mínimo de coerência, são indícios ou pistas. Como autores defendemos que não há informação completa, apenas suficientemente coerente e lógica.

Os dados não utilizados, são os dados ou informação excluída da apresentação dos resultados finais de uma pesquisa científica em Ciências Sociais e Humanas. A quantidade e a qualidade destes dados não utilizados, são um critério importante naquilo que podemos fazer com os mesmos. Defendemos que não existem processos de investigação perfeitos e estes deixam sempre dados não utilizados.

Esta evidência, levanta uma crítica ao desperdício de conhecimento pela destruição inevitável dos dados não utilizados, mas tal, não vem resolver o problema e preferimos ensaiar uma solução, para ser discutida e criticada. O conhecimento existe para ser

partilhado, e o leitor, por uma pequena amostra na literatura presente verificarão que não é novidade, é apenas mais uma proposta.

1. O PONTO DE PARTIDA

O nosso ponto de partida foi uma imagem popular, que não tem autor ou dono, pertence às práticas de qualquer família com poucos recursos ou poupada. A sabedoria popular, diz-nos que num mundo onde há pessoas que passam fome, é um crime deitar comida fora. O normal é aproveitar os restos de comida ora juntando os diversos pedaços, ora acrescentado algo ao que já tem. Facto é que à partida, ninguém saber nem o que, nem quanto vai sobrar depois de almoço ou jantar.

Utilizando este argumento mudamos o termo restos, para dados não utilizados, mas o princípio é o mesmo. Qualquer investigação deixa dados não utilizados, que indica a existência quer de informação excluída por uma razão ou outra. Existe inúmera informação do que pode correr de modo diferente numa investigação, acontecem coisas que podem mudar o pensamento inicialmente, nomeadamente a ideia de Rossman & Rallis (2012), em que o objetivo do investigador é aprender no campo, ser flexível, ser capaz escutar o outro o que pode levar à exclusão de informação recolhida. Noutros casos Quivy & Campenhoud (2011), não se cansam de avisar para os riscos de um desenho de investigação mal concebida e ambiciosa demasiado para as capacidades do investigador.

Do ponto de vista prático, daquilo que observamos ao longo da nossa vida académica levou-nos a adaptar algumas designações. Flick (2005) faz a distinção entre investigação linear e circular. Para este autor linear quer dizer quantitativa onde todos os aspetos da investigação são previamente definidos, no sendo desta proposta linear, significa apenas que o investigador tinha um desenho de investigação, equilibrado, o acesso ao campo não teve problemas e nisto tudo correu bem, não tem nada a alterar, mas a acrescentar. O termo circular significa que o investigador ao longo de todo processo de pesquisa vai adaptando o desenho de investigação ao campo concreto de investigação, no caso o termo mais concreto junta-se a designação de atribulado, e a sucessão de problemas leva que a investigação seja necessariamente circular. Os dados não utilizados surgem em ambas as situações, na primeira, o campo foi tão rico que teve que se excluir algo, mas a maior parte foi utilizado. Nos segundos, uma sucessão de problemas levam a um conjunto de alterações que deixam muita informação não utilizada. A noção que queremos deixar é que estes dados podem ser utilizados quer para novos processo de investigação, como podem complementar trabalhos académicos.

2. O QUE SÃO DADOS NÃO UTILIZADOS?

Na sua forma mais simples definimos dados não utilizados como os dados ou informação excluída da apresentação dos resultados finais de uma pesquisa científica em Ciências Sociais e Humanas. Não basta apresentar esta definição, torna-se necessário procurar na literatura, aquilo que lhe pode corresponder.

Na literatura encontramos vários termos entre estes destacamos 3: redução de dados, vestígios e corpus, que é baseado na nossa experiência académica. Como se pode observar:

- O termo redução de dados é utilizado Miles & Huberman (1994) significa que em qualquer investigação há que reduzir ou condensar dados, inevitavelmente, o resumir informação implica excluir ou perder dados.
- O termo vestígios é utilizado por Ghiglione. & Matalon (1992) para designar documentos, os dados não utilizados deixam registos que mostram sinais de um fenómeno.
- Paillé & Mucchielli (2009) utilizam o termo “corpus” para designar o conjunto de elementos que constitui uma investigação. Tomando este ponto se o investigador deitar fora os dados não utilizados estes nunca serão utilizados.

2.1. Aproveitamento de dados não utilizados nas Ciências Sociais

O que se apresenta não é uma novidade, verificamos que os investigadores e os estudantes vão publicando artigos, atas de congresso, seminários, livros e em múltiplas formas, ao longo de um processo de investigação prolongando-se ainda além deste. Estes são avaliados pela sua produção científica. Cada artigo publicado no decurso da investigação é uma utilização de dados não utilizados e após esta ter terminado pode ainda ir buscar elementos excluídos aprofundando o trabalho realizado.

Este artigo tem origem e base na obra de Rodriguez (2011) *Análisis de Datos Incompletos en Ciencias Sociales*. O autor aborda um problema recorrente nas metodologias quantitativas as bases de dados estão incompletas nos inquéritos com as não respostas e os vazios daí decorrentes. O problema foi resolvido através de algumas observações: (1) verificou que alguns dados que deveriam estar presentes, estão ausentes, procura-se na matriz ou estrutura elementos que permitem encontrar os elementos perdidos ou ausentes; (2) quando se procura recuperar informação basta reorganizar os elementos em torno de uma pergunta; (3) contrastar as diversas variáveis procurando correlações é possível estimar o valor perdido. Estas três soluções indicam que a informação que se pretende pode ser encontrada numa estrutura, bastando reorganizar os dados ou contrastar as diversas variáveis. Esta primeira leitura alertou a possibilidade de como aproveitar os dados não utilizados de qualquer trabalho académico.

A obra anteriormente referida, é de natureza quantitativa, mas os seus princípios podem ser aplicados a qualquer investigação. O desafio que se seguiu foi fazer o mesmo a nível qualitativo de uma forma mais abrangente, com a possibilidade de procurar informação dentro e fora da estrutura para completar elementos em falta.

Na versão final de uma Tese de Doutoramento os dados registados em qualquer suporte de papel ou eletrónico são documentos com variados tipos de informação. A literatura confirma esta afirmação a se juntam alguns exemplos com que permitem o aproveitamento de dados: Ghiglione & Matalon (1992) utilizam o termo vestígios mas com a preocupação que estes não sejam válidos e não estejam contextualizados; Bernard & Ryan (2010) indicam o termo análise secundária de dados, para designar a utilização de dados de outras investigações o problema implica falta de informação; Wästerfors, Åkerström & Jacobsson (2014) falam em reanálise de dados qualitativos consiste na análise dos dados de uma investigação por outro investigador diferente do que o realizou.

Muito facilmente poderíamos partir para uma destas formas de reutilizar e aproveitar os dados, mas a filosofia deste artigo indica que antes de tomar qualquer decisão é preciso ter a noção do tipo de informação produzida. A imagem que reproduzimos mais que teórica é prática, no caso em questão a principal preocupação esteve em resolver problemas, não existe o cuidado de registar o que é deixado de lado, a questão de reutilização dos dados coloca-se no final e saber o que temos implicou fazer uma avaliação do que se tem.

Numa abordagem qualitativa, a contextualização é fundamental (Rossman & Rallis, 2012), o desafio está em compreender os dados sem no seu contexto com o máximo de informação, depois recuperar as informações retiradas para voltar a analisar os mesmos, independentemente de serem do investigador que recolheu os dados ou outro. Todos os métodos e técnicas podem ser utilizados. Há, no entanto, muitos dados não utilizados

que são dados primários, recolhidos pelo investigador e que ainda não foram analisados, distinguindo-se da reanálise ou mesmo a de uma análise secundária. Entre as opções é possível ainda voltar ao campo para completar o que falta. Neste ponto de vista consideramos que sempre que se utilizar os dados no registo original, por exemplo, transcrições de entrevistas, a distinção é inútil, são dados da mesma natureza.

Quer o aproveitamento de dados não utilizados, quer a reanálise dos dados implicam uma atitude de abertura a todas as formas de informação e metodologias, pois antes de fazer uma avaliação do que se tem, não é possível tomar qualquer decisão.

3. PROPOSTA DE UMA METODOLOGIA DE APROVEITAMENTO DE DADOS NÃO UTILIZADOS

O aproveitamento de dados não utilizados visa tratar os dados não utilizados de forma a tomar a forma de publicação científica ou participação em eventos académicos. Não pré-definimos a forma pois tal depende da potencialidade dos dados não utilizados e as soluções para os complementar. A metodologia proposta é abrangente e aberta, deixando espaço para cada adaptar a mesma à sua situação concreta. Definimos assim quatro fases: hermenêutica, análise e tomada de decisões, análise complementar de dados e a formalização de resultados

3.1. O momento hermenêutico

O momento hermenêutico não é verdadeiramente um estádio, a sua principal atividade consiste em avaliar os dados que não foram utilizados (Rodrigues, 2011). Este trabalho vai além de uma mera descrição e exploração dos seus conteúdos inclui a compreensão, relações, estrutura, sentido e significado dos dados. Utilizando uma definição simples é o momento em que é necessário identificar o que restou de um trabalho académico ou científico. Nesta avaliação é preciso evitar quaisquer preconcepções (Glasser, 2013), tal levaria a sub ou a sobrevalorizar um aspeto em detrimento de outro e na expressão "all is data" (Glasser, 2001, p. 145) em todos os dados não utilizados independentemente da forma e origem são fontes de informação potencialmente úteis. Não é um estádio ou fase, porque não é o momento em que se tomam decisões, o objetivo é simplesmente saber o que se tem sem outras preocupações. Caso tivéssemos que selecionar e decidir o que fazer, tal como numa tese, iríamos deitar dados fora. Então o que é? É um momento ao qual voltamos recorrentemente, para ir buscar os elementos que necessitamos.

A hermenêutica surge num contexto em que é preciso ir além da mera descrição ou relação entre dados. Em primeiro lugar os trabalhos científicos em Ciências Sociais tomam uma forma escrita e de discurso. Estes elementos são passíveis de se descobrir o sentido, a referência e o significado (Ricour, 2013). Wernet (2014) apresentam quatro princípios: Excluir o contexto; Tomar o significado literal do texto seriamente; Sequencialidade e Extensividade. Esta contribuição é aceite em parte, o contexto é parte dos dados, sem este não se pode compreender os não utilizados, mas fica a noção que a primeira leitura passa pela interpretação apenas pelo que está escrito, sequencialidade vem expor a estrutura que está no texto e a extensividade indica que todos os elementos devem ser analisados em pormenor, profundidade, as hipóteses são referentes a pequenas partes do todo, pelo que se percebeu, a extensividade nasce da análise do conjunto das diversas partes. Este primeiro momento a análise não necessita de ser tão pormenorizado, mas necessita de ser compreendido e a sua estrutura exposta. O processo inicial pode resumir-se às três etapas do círculo da hermenêutica que segundo Carpenter (2013) são a leitura simples, a análise estrutural e a

interpretação do todo. Tal como é proposto, neste momento inicial a intenção é familiarizar-se com os dados revelar a sua estrutura e compreender o potencial dos não utilizados apresentados.

3.2. Primeira fase: Análise e tomada de decisões

Nesta fase já existem informações suficientes para começar um processo de investigação. As decisões a tomar dependem dos recursos do investigador (Quivy & Campenhoud, 2011), da sua ambição e dos dados que possui, no mínimo um pequeno artigo no máximo uma nova investigação financiada.

As bases desta e da fase seguinte, estão baseadas em Saldaña (2013), nesta fase está o primeiro ciclo de codificação, com o primeiro contacto, tratamento e abordagem aos dados. O primeiro desafio está na escolha de um processo de codificação. O investigador pode querer fazer uma investigação partindo dos dados, revelando a sua estrutura, muitas vezes utilizando uma codificação *in vivo*, pode ter uma atitude semelhante à indução analítica, com o recurso a hipóteses e um esquema de codificação provisório criado a previamente. Por último pode-se partir de um esquema de codificação prévia onde pode estar envolvido um protocolo com procedimentos e classificações. Há aqui uma abertura a todo o tipo de metodologias qualitativa e se o investigador quiser mista ou mesmo quantitativa, depende do objetivo, formação e intenção de quem estuda.

Os dados não utilizados, no entanto, apresentam sempre falhas e por natureza incompletos, foram excluídos da estrutura da qual surgiram. O objetivo desta fase está em revelar a estrutura e consistência dos dados selecionados para aproveitamento dos dados não utilizados.

Utilizamos a linguagem da Grounded Theory para exemplificar esta fase, o procedimento passa por uma codificação aberta tendo por base apenas os dados (Glasser, 1992). O objetivo é sempre atingir uma teoria substantiva (Glasser & Strauss, 1967), mas nesta fase não é possível nem suposto atingir este nível. Nesta abordagem metodológica, quer os objetivos quer a preocupação do investigador, está em sistematizar e maximizar o que os dados têm para oferecer para poder identificar as inevitáveis falhas.

3.3. Segunda fase: Análise complementar de dados

A análise complementar de dados remete para as falhas ou limitações descobertas. É importante referir que os dados não utilizados, com base na Grounded Theory, revelam uma estrutura, uma lógica e hipóteses mesmo que limitadas.

Partimos para esta abordagem baseados no princípio que os dados não estão perdidos, são dados não utilizados e a informação por e simplesmente está ausente e necessita de ser completada (Rodriguez, 2011). As estratégias utilizadas consistem no cruzamento de dados, que aqui sendo numéricos tomam a forma de tabelas. A um nível mais qualitativo procede-se de modo semelhante, mas a atenção é dada ao texto, à letra então o cruzamento é feito através de matrizes (Miles & Huberman, 1994).

No aproveitamento de dados não utilizados, procede-se como se fosse uma investigação nova onde se detetam falhas a complementar. Na nossa perspetiva os dados não utilizados fazem parte de um todo (Paillé & Mucchielli, 2009) independentemente de terem sido utilizados, é nessa totalidade corpo, dados não utilizados e vestígios que se deve procurar em primeiro lugar o que é necessário para completar o que falta. Quando a capacidade da investigação original se esgota, se o investigador tem recursos e o processo de aproveitamento de dados não utilizados está incluída num projeto científico, então há a opção de ir novamente para o campo tal como Strauss & Corbin (2008), fazem para melhorar e corrigir falhas até ao fim da investigação. Mas pode acontecer que o investigador não tenha recursos, pode ainda procurar outro estudo sobre a área ou a temática e pedir autorização para utilizar os recolhidos no campo antes de serem analisados podendo ainda juntar forças com o colega com os dados não utilizados de ambos fazer um trabalho fabuloso, sobre algo que iria para o lixo. Em último caso há sempre a modéstia de aceitar aquilo que os dados da investigação permitem, ficado o investigador feliz porque não deitou fora algo que pode ser útil para outros.

A questão que falta resolver é como é que se vai juntar elementos quer da própria investigação quer externos a esta? Em todas as investigações estão sempre presentes um tema, uma pergunta de partida e objetivos, este é o fio condutor, partindo daí ter-se-á que utilizar o método comparativo, em que Glasser & Strauss (1967) apresentam um quadro onde a comparação entre grupos é feita cruzando a informação por semelhança e diferença nas colunas e o grau mínima e máxima nas linhas, o resultado é que permite encontrar a informação pertinente para aquilo que falta completar. Não se pode dizer que é algo que se pode fazer com dois, três ou mais momentos, a única regra que se defende, para evitar confusão, é que primeiro se deve começar pelos dados da investigação e depois de esta ir para os dados externos, por prudência a análise deve ser feita por grupos ou tipos de informação e destes nem tudo é aproveitável.

Numa referência a Saldaña (2013) esta fase corresponderia ao segundo ciclo de métodos de codificação que não é mais que reorganizar e reanalisar os dados na procura de padrões, estruturas, hipóteses. Há aqui uma diferença, estes elementos necessariamente têm que ser descobertos na fase anterior aqui procura-se apenas completar o que falta, o que não impede que se melhore o que já foi feito e repensar a análise.

3.4. Terceira fase: Formalização de resultados.

A terceira fase, consiste na passagem de todo o trabalho na forma escrita com a formalização dos resultados. Uma das tarefas presente nesta tarefa está em voltar a consultar novamente as referências bibliográfica neste processo e descobrir dados que necessitam o confronto com a literatura. A realidade é que muitos problemas só são descobertos quando se começa a escrever formalmente.

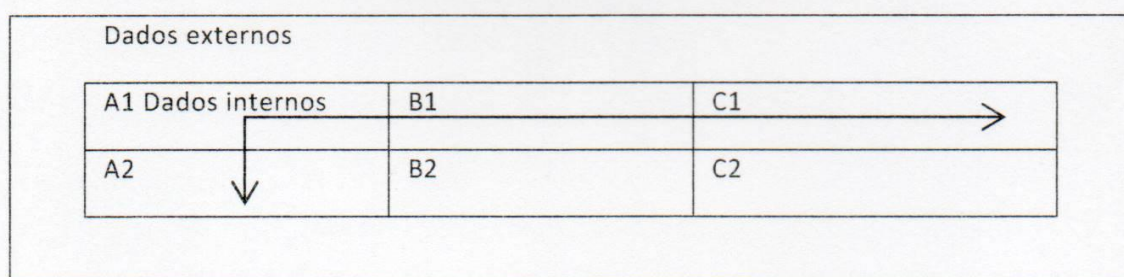
Escrever não é fácil, (Wolcott, 2009) implica reconstituir todo o processo de investigação, e apresentá-lo de uma forma coerente para um dado público. Embora não se esteja a fazer Grounded Theory Clássica, (Glasser, 2007) de uma certa forma em causa está encontrar o conceito central presente nos dados, e após isso comparar com a literatura relevante. Esta fase pode ser maior ou menor conforme os dados não utilizados, o corpo de dados presentes e o tipo de investigação.

Este processo de investigação necessita passar por um instrumento de validação, verificação e generalização dos resultados. O teste é feito pelo confronto com a literatura, comparação entre os dados e complementar falhas naturalmente através da formalização de resultados. No caso dos dados não utilizados é necessário ser humilde e modesto quer em relação aos resultados como à sua generalização. Recomendamos que se faça o que Miles & Huberman (1994) referem como o desenho e verificação de conclusões, isto como em qualquer investigação apresentar e discutir os resultados da análise dos dados não utilizados.

4. COMO PROCEDER PARA UMA UTILIZAÇÃO DE DADOS NÃO UTILIZADOS.

Nesta secção o objetivo está em especificar como é que procede a nível mais técnico. O momento hermenêutico é a base de todo processo de investigação, em que coloca-se a informação numa representação gráfica e criar-se um sistema de armazenamento de dados acessível quer para tratamento quer para identificação. Para este fim são utilizadas (Miles & Huberman, 1994) matrizes, onde se agregam (Glasser & Strauss, 1967) os dados juntando-os pela semelhança e diferença. Nesta matriz podem-se colocar quer números quer texto, como se pode observar na figura 1.

Figura 1 - Representação de matriz de colocação de dados, com base em Miles & Huberman (1994), Glasser & Strauss (1967) e Ragin (2014).



A figura apresenta dois elementos: interno corresponde ao corpus (Paillé & Mucchielli, 2009), conjunto de elementos de uma investigação que de modo alargado incluem os dados não utilizados; os elementos externos são aqueles que não pertencem à investigação original.

Cada célula corresponde a uma parte do estudo com os seus dados, onde coloca-se o essencial da informação. Cada quadro tem relação com uma pasta física ou informática onde todos os dados relativos aqueles aspectos são guardados. Cada parte e o todo tem um relatório com a avaliação efetuada.

As setas correspondem à comparação efetuada entre (Ragin, 2014) dentro e entre célula constantemente reorganizadas por uma pergunta (Rodrigues, 2011) com o fim de complementar os dados não utilizados ou procurar informação. Caso não se encontrem respostas no corpus, ter-se-á que procurar informação fora deste, noutras pesquisas ou voltando ao campo (Strauss & Corbin, 2008).

5 QUESTÕES ÉTICAS

A partilha de dados em pesquisa social não é isenta de questões éticas, poderíamos começar pelos direitos de autor no nosso ponto de vista não é um problema, porque o acesso a dados primários, depende exclusivamente das universidades e os investigadores lhes derem acesso. Usualmente, como observamos, apenas estão acessíveis os trabalhos acabados e os dados utilizados, a esses coloca-se essa questão, tal como anterior depende de autorização.

O principal problema ético deve colocar-se na utilização destes e na proteção dos participantes. Há muita literatura sobre a ética na investigação, no caso de uma abordagem qualitativa está presente a questão que em questão está o texto e a

contextualização (Rossman & Rallis, 2002; Miles & Huberman, 1994), na prática não se vai reduzir tudo a números e a abstrações, mas refletimos sobre o tema concluímos que tal expõe as pessoas.

A questão coloca-se aqui apenas a nível de tratamento de dados com a possível utilização dos dados, com as devidas diferenças, utilizam-se os dois princípios apresentados por Hammersley & Traianou (2012) mais ligados ao tema. O primeiro é que o modo como se tratam e apresentam resultados pode favorecer ou prejudicar quer os participantes quer um grupo social, o segundo a confidencialidade e consentimento informado. Reduzimos estes dois princípios a um, o dever de proteção da sociedade e do participante, no sentido de que não é legítimo apresentar estudos ou dado que vão prejudicar a comunidade e seus participantes e simultaneamente não existe nenhum ganho social.

Como o podemos fazer? Partimos da nossa experiência prática, o que fizemos nas nossas teses. É uma questão de bom senso, mas podem encontrar referência na literatura, consideramos três níveis de proteção, o primeiro consiste em mudar o nome dos participantes, omitir o nome das entidades, de dados como moradas, zonas geográficas de pequena dimensão, a segunda implica o reescrever partes do original deixando apenas o conteúdo e a terceira a pura e simples eliminação quer porque o participante pediu quer porque o conteúdo prejudica o próprio, e não é relevante. Nem tudo se aproveita nem deve ser revelado.

Na nossa proposta de aproveitamento, com base em Wästerfors, Åkerström & Jacobsson, (2014) substituímos o termo desidentificação e deslocalização em vez de descontextualização. Na proteção dos participantes, basta que não os consigamos identificar e não os localizar no espaço o restante é perda de dados.

É importante legitimar a reutilização dos dados assim como o aproveitamento com regra as quais consideramos as seguintes:

1. Todo reaproveitamento de dados deve ser apresentado como um projeto e ser aprovado quer pelo comité científico ou outra entidade competente para verificação das regras abaixo.
2. Todos os dados podem ser reutilizados depois de devidamente desidentificados e deslocalizados.
3. A partilha de dados só pode ser utilizada exclusivamente para fins científicos, sendo que esta é a finalidade de todas as pesquisas.
4. Há uma hierarquia de acesso aos dados sendo que alguns são de acesso reservado.
5. A partilha de dados de vários investigadores depende da sua autorização prévia para o fazer.
6. Quando os dados são sensíveis, os documentos originais não devem ser expostos, ficando apenas os resultados sem problemas éticos.
7. O acesso a dados é facultado principalmente a portadores de deficiência sem possibilidade de fazer trabalho de campo, estudantes sem recursos que pretendam acabar os seus cursos e no ensino com casos práticos.
8. Um investigador com muito material empírico, pode reutilizar todos os seus dados sem restrições, necessitando apenas de apresentar um projeto para aprovação ética.

O que apresentamos é um ponto de partida para discussão, o importante é que partilhemos a informação que temos, criando um conhecimento útil e para benefício para todos.

CONCLUSÕES

Este artigo apresenta uma proposta de aproveitamento de dados não utilizados. Os seus autores fizeram bricolage para produzir uma proposta de metodologia que o permitisse utilizar estes dados. O problema ultrapassa a questão metodológica, se fizermos uma interpretação rígida da ética na investigação, então perde-se conhecimento, se não existir ética, invalida-se todo o conhecimento produzido. Torna-se importante o bom senso, todos os dados são reutilizáveis, desde que se protejam quer os participantes quer os investigadores com a utilização de regras equilibradas. Não pretenda o leitor ver o tema completamente retratado num artigo, no que se pretende que se discuta amplamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernard, H. R & Ryan, G. W. (2010). *Analysing Qualitative Data: Systematic Approaches* London: Sage Publications, Ltd.
- Camalhão, I. e Camalhão, S. (2017), Os “despojos” do trabalho científico em Ciências Sociais: O potencial do conhecimento dos “restos”. 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa de 12 a 14 de julho de 2017. Salamanca, Espanha. Acedido em <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1137/1103>.
- Carpenter D. R. (2013). Método Fenemenológico. In Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (Ed.). *Investigação Qualitativa: Avançando o Imperativo Humanista* (5 th e. pp. 73 - 96). Loures: Lusodidactica.
- Chang, H., Ngunjiri, F. W. & Hernandez, K.-A. C. (2013). *Collaborative Autoethnography*. Walnut Creek: Left Coast Press inc.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Glasser, B. G. (2013). *No Preconceptions: The Grounded Theory Dictum*. Mill Valley: Sociology Press.

- Glasser, B. G. (2007). *Doing Formal Grounded Theory: A Proposal*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glasser, B. G. (2001). *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glasser, B. G. (1992). *Basics of Grounded Theory Analysis*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glasser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine.
- Hammersley, M. & Traianou, A. (2012). *Ethics in Qualitative Research: Controversies and Context*. London: SAGE Publications Ltd.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2009). *L'Analyse Qualitative en Sciences Humaines et Sociales*. (3 rd ed.). Paris: Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4 th ed.) London: SAGE Publications Ltd.
- Quivy, R. & Campenhoud, L. (2011). *Manuel de Recherche en Sciences Sociales*. (4 th ed.). Paris: Dunod.
- Miles, M. B & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. (2nd ed). London: SAGE Publications, Ltd.
- Ragin, C. C. (2014). *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Oakland: University of California Press.
- Ricour, P. (2013). *Teoria da Interpretação: O Discurso e o Excesso de Significação*. Lisboa: Edições 70.
- Rodríguez, G. R. (2011). *Análisis de Datos Incompletos en Ciencias Sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Rossmann, G. B. & Rallis, S. F. (2012). *Learning in the Field: An Introduction to Qualitative Research* (3 rd ed.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Saldaña, J (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers* (2 nd ed.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3 rd Ed.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Wästerfors, D., Åkerström M. & Jacobsson, K. (2014). Reanalysis of Qualitative Data. In Flick, U. (Ed.). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (pp. 467 – 480). London: SAGE Publications Ltd.
- Wernet, A. (2014). Hermeneutics and Objective Hermeneutics. In n Flick, U. (Ed.). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (pp. 234 – 246). .London: SAGE Publications Ltd.
- Wolcott, H. F. (2009). *Writing Up Qualitative Research* (3 rd ed.). London: SAGE Publications Ltd.

millenium

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

UTILIZAÇÃO DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE COMO PREDITOR DA INTENÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS DIETÉTICOS DE VENDA LIVRE	35
UTILIZING THE HEALTH BELIEF MODEL TO PREDICT THE PURCHASE INTENTION OF OVER-THE-COUNTER DIET DRUGS	35
UTILIZAR EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD PARA PREDECIR LA INTENCIÓN DE COMPRA DE MEDICAMENTOS DIETÉTICOS DE VENTA LIBRE	35
BARREIRAS DE ACESSO A REALIZAÇÃO DE EXAMES NO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA	43
BARRIERS TO ACCESS PRENATAL SCREENING: INTEGRATIVE REVIEW	43
BARRERAS DE ACCESO A LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES EN EL PRENATAL: REVISIÓN INTEGRATIVA	43
SATISFAÇÃO COM A EQUIPA, COM A CONSULTA E COM O GRUPO DE DIABETES EM PESSOAS BRASILEIRAS	53
SATISFACTION WITH THE TEAM, CONSULTATION AND WITH THE DIABETES GROUP IN BRAZILIAN PEOPLE	53
SATISFACCIÓN CON EL EQUIPO, CONSULTA Y CON EL GRUPO DE DIABETES EN PERSONAS BRASILEÑAS	53
A SEXUALIDADE DO IDOSO NO CONTEXTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DE LUSO-BRASILEIROS	63
THE SEXUALITY OF THE ELDERLY IN THE NURSING CONSULTATION CONTEXT: A PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF LUSO-BRAZILIANS	63
LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: UN ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO DE LUSO-BRASILEÑOS	63
APOIO E CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FAMILIARES: PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	73
SUPPORT AND TRAINING OF FAMILY CAREGIVERS: NURSING INTERVENTION PROGRAM	73
APOYO Y CAPACITACIÓN DE LOS CUIDADORES FAMILIARES: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	73

Millenium, 2(5), 35-42.

en

**UTILIZAÇÃO DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE COMO PREDITOR DA INTENÇÃO DE COMPRA DE
MEDICAMENTOS DIETÉTICOS DE VENDA LIVRE.**

**UTILIZING THE HEALTH BELIEF MODEL TO PREDICT THE PURCHASE INTENTION OF OVER-THE-COUNTER DIET
DRUGS**

**UTILIZAR EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD PARA PREDECIR LA INTENCIÓN DE COMPRA DE MEDICAMENTOS
DIETÉTICOS DE VENTA LIBRE**

*Silvia Villaverde*¹

*Diana Gavilan*²

*Maria Avello*²

¹ESIC Business and Marketing School

²Complutense University of Madrid

Silvia Villaverde - silvia.villaverde@hotmail.es | Diana Gavilan - dgavilan@ccinf.ucm.es | Maria Avello - mavello@ucm.es



Corresponding Author

Silvia Villaverde

ESIC Business & Marketing School.

Avenida de Valdenigrales s/n, Pozuelo de Alarcón.

28223 Madrid, España

silvia.villaverde@hotmail.es

RECEIVED: 30th november, 2017

ACCEPTED: 18th january, 2018

RESUMO

Introdução: Um em cada dois medicamentos vendidos na Europa é comercializado em venda livre. Tradicionalmente, a investigação sobre decisões do consumidor em relação à saúde foi explicada com base no modelo de crenças em saúde. No entanto, nenhuma pesquisa de que há conhecimento investigou a compra de medicamentos com o objetivo de melhorar a saúde.

Objetivo: Testar a adequação do modelo de crenças em saúde para explicar a intenção de comprar medicamentos dietéticos sem receita médica para melhorar um problema de saúde, particularmente o peso.

Método: foi utilizado um desenho transversal quantitativo através de aplicação de um questionário on-line a uma amostra de 193 indivíduos.

Resultados: os resultados evidenciam que existe uma influência significativa de todas as dimensões do modelo de crenças em saúde na intenção de comprar medicamentos de venda livre para perder peso. No entanto, a relação entre as barreiras percebidas para a ação e a intenção de comprar revelou-se oposta à direção esperada.

Conclusões: os resultados sugerem que o modelo de crenças em saúde é adequado para explicar a intenção dos indivíduos de comprar medicamentos sem receita médica. As conclusões permitirão à indústria farmacêutica planejar estratégias de comunicação com base num conhecimento do consumidor mais aprofundado.

Pesquisas futuras podem investigar outras variáveis, como a influência do passa palavra sobre o comportamento orientado para a saúde, bem como a confiança do consumidor nas propriedades de produtos que supostamente ajudam a regular o peso.

Palavras-chave: modelo de crenças em saúde; medicamentos dietéticos; Intenção de compra; perda de peso.

ABSTRACT

Introduction: One out of two packages of medicines sold in Europe is a non-prescription medicinal product. Research on consumer decisions in terms of health has traditionally been explained based on the Health Belief Model. However, no research we are aware of has investigated the purchasing of drugs with an aim of improving health.

Objectives: Test the suitability of the Health Belief Model in the explanation of the purchase intention of over-the-counter diet drugs to improve a health problem, particularly weight.

Methods: A quantitative transversal design was used. An online self-reported questionnaire was administered to a sample of 193 subjects.

Results: Results show a significant influence of all the dimensions of the health belief model on the purchase intention of over-the-counter diet drugs. However, the relationship between barriers to taking action and the intention to purchase was reversed to that predicted.

Conclusions: Results suggest that the health belief model is suitable for the explanation of the individuals' intention to purchase over-the-counter diet drugs. Key findings will allow the pharmaceutical industry to design communication strategies based on deep consumer knowledge.

Future research may deepen into variables such as the influence of word-of-mouth in health-oriented behavior, as well as consumer's confidence in the properties of the products that allegedly help to adjust weight.

Keywords: health belief model; diet drugs; purchase intention; weight loss.

RESUMEN

Introducción: Uno de cada dos medicamentos vendidos en Europa es de venta libre. Tradicionalmente, la investigación sobre las decisiones del consumidor en materia de salud se ha explicado basándose en el modelo de creencias de la salud. Sin embargo, ninguna investigación de la que tengamos conocimiento ha investigado la compra de medicamentos con el objetivo de mejorar la salud.

Objetivo: Probar la idoneidad del modelo de creencias de la salud en la explicación de la intención de compra de medicamentos dietéticos de venta libre para mejorar un problema de salud, particularmente el peso.

Métodos: Se utilizó un diseño transversal cuantitativo mediante la administración de un cuestionario en línea a una muestra de 193 sujetos.

Resultados: Los resultados muestran una influencia significativa de todas las dimensiones del modelo de creencias de salud en la intención de compra de fármacos de venta libre para perder peso. Sin embargo, la relación entre las barreras percibidas para la acción y la intención de comprar resultó ser de sentido opuesto al previsto.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el modelo de creencias de salud es adecuado para explicar la intención de los individuos de comprar fármacos de venta libre. Estas conclusiones permitirán a la industria farmacéutica diseñar estrategias de comunicación basadas en un profundo conocimiento del consumidor.

Las investigaciones futuras pueden profundizar en variables como la influencia del boca-oreja en el comportamiento orientado a la salud, así como la confianza del consumidor en las propiedades de los productos que supuestamente ayudan a ajustar el peso.

Palabras Clave: modelo de creencias de salud; medicamentos dietéticos; intención de compra; pérdida de peso.

INTRODUCTION

Over-the-counter (OTC) drugs are sold without prescription. This makes a consumer the decision-maker in addition to being the consumer, bringing these products to consumer goods.

Legislative differences between countries explain that the distribution channels through which OTC can be acquired vary from country to country. While in Spain OTC can only be sold in pharmacies, in the UK the sale of these products is widely available through other retail channels such as supermarkets (Gavilan, Avello & Abril, 2014).

OTC drugs are a growing market that has generated new opportunities at a time when government regulations make prescription drugs less profitable. In Spain OTC drugs have a 20% share of the entire pharmaceutical market.

Unlike other consumer goods, drugs and especially weight-loss drugs have particular characteristics from a marketing standpoint. They can be advertised in mass media; its use entails a necessary awareness of the problem and a wish to act accordingly: diet, exercise, new habits, in addition to the support of the weight-loss drug consumption; indeed, a dynamic product category with a high rate of innovation, which makes weight-loss drugs the sales leaders among OTC products.

The academic approaches to the decisions of subjects in terms of health have been widely explained by the Health Belief Model (Park, 2011; Sullivan et al., 2008; Daddario, 2007; Nejad, Wertheim & Greenwood, 2005; Kang, Jin & Lee, 1998; Price, Roberts, Jurs, & McKinley, 1985). These studies attempted to explain the preventive behavior of serious diseases such as AIDS through educational interventions, vaccination (Janz & Becker, 1984), preventing breast cancer through breast self-examinations or visiting a doctor (Frankenfield, 2009), or prostate cancer screening through early diagnostic tests (Anderson, 2013). It has also been used to explain preventive behaviors against moderate or mild diseases, like seasonal influenza in population over 60 (Sullivan et al., 2008); or the preventive behavior against avian influenza (Jones et al., 2015). Other applications are the general pattern of adopting healthy habits such as a moderated consumption of alcohol among youngsters (Lara et al., 2009). Another set of healthy habits are those of weight-control. Nejad et al. (2005) observed that the perceived benefits of the drugs are the most important feature to explain the intention to monitor the loss of weight. Kang et al. (1998) conducted a study among obese students, and concluded that the degree of dissatisfaction with their actual weight and their past experience to control it became a predictor regarding the control of obesity. Nejad et al., (2005) showed that the perceived benefits and perceived susceptibility dimensions exerted the highest influence in the fact of following a diet. Park (2011) analyzed the influence of the different dimensions of the HBM depending on the weight level perceived by the participants in the study at three levels: underweight, normal weight and overweight.

In such circumstances, the Health Belief Model (HBM) provides interesting results. However, to the best of our knowledge, there are no studies that consider health-related behaviors in purchasing of products that help prevent illnesses or improve health.

The aim of this research is therefore to test whether the Health Belief Model is also able to explain the decision of buying a product that contributes to improve a health problem such as diet OTC drugs.

1. THEORETICAL FRAMEWORK

Originated around 1952, the Health Belief Model was initially developed by social psychologists at the US Public Health Service as a systematic method to explain and predict preventive health behavior. It focused on the relationship of health behaviors, practices and utilization of health services (Rosenstock, Derryberry & Carriger, 1959). More recently, the HBM has been revised to include general health motivations in order to discern between illnesses and sick-role behaviors from health behaviors.

The behavior towards health care is based on the individual's susceptibility to suffering from an illness; the belief that a disease may have certain severity, and the perception that particular behaviors can improve the illness even if there are barriers that make the decision more difficult to take.

Perceived Susceptibility – subjects own perception of the likelihood of experiencing a condition that would adversely affect one's health. Individuals vary widely in their perception of susceptibility to a disease or condition.

The increased susceptibility leads to perform behaviors to minimize the associated risks. For example, the susceptibility to flu motivates people to get vaccinated against the disease (Chen, Fox, Cantrell, Stockdale & Kagawa-Singer, 2007). However, susceptibility is not always associated with shifts in behavior, and therefore, despite being aware of the risk, individuals do not engage in preventive behaviors. Certain people continue sunbathing without sunscreen, despite being aware of the risk of skin cancer (Day, Wilson, Roberts, & Hutchinson, 2014).

There is a positive relationship between the level of perceived susceptibility of being overweight or obese, and those behaviors aimed at reducing such susceptibility (Nejad et al., 2005) as for instance the purchase of a weight-loss OTC drug. Thus, we propose the following hypothesis:

H1: (Perceived Susceptibility) Perceived Susceptibility positively influences the intention to purchase a weight-loss OTC drug.

Perceived Seriousness – refers to the beliefs a person holds concerning the effects a given disease or condition would have on one's state of affairs. These effects can be considered from the point of view of the difficulties that a disease can create. For instance, pain and discomfort, loss of work time, financial burdens, difficulties with family, relationships, and susceptibility to future conditions. It is important to include these emotional and financial burdens when considering the seriousness of a certain disease (Janz & Becker, 1984).

For overweight and obesity, perceived seriousness has been studied from a psychological point of view such as the difficulty of wearing certain clothes or from the perspective of the health problems generated by overweight (Park, 2011). Perceived severity of overweight in addition to the shift in eating habits can stimulate the decision to buy a weight-loss OTC drug. Thus, we posit the following hypothesis:

H2: (Perceived Seriousness) Perceived Seriousness positively influences the intention to purchase a weight-loss OTC drug.

Perceived Benefits of Taking Action – refers the benefits of taking action toward the prevention of a disease. The direction of action that a person chooses will be influenced by the beliefs regarding that action.

In terms of preventing obesity and overweight, the perceived benefits of weight loss include reducing health risks and improving physical appearance (James, Campbell & Hudson, 201). To the extent that the subject attributes greater value to those benefits he/she will be more oriented towards the purchase of an OTC drug to lose weight. Thus, we posit the following hypothesis:

H3: (Perceived Benefits) Perceived Benefits of taking action positively influence the intention to purchase a weight-loss OTC drug.

Barriers to Taking Action – Barriers relate to the characteristics of a treatment or preventive measure may be inconvenient, expensive, unpleasant, painful or upsetting. These characteristics may lead a person away from taking the desired action (James et al., 2002).

Park (2011) analyzes the complexity of hunger and the associated difficulty to stop eating on special occasions. James, Pobe, Brown & Joshi (2012) discusses the lack of social support and reliable information about diets.

Many of the weight-loss OTC drugs are positioned as reducers of some of these barriers such as starve, or suffer from anxiety, so we can anticipate that the stronger these barriers are, the greater the interest of the subject to mitigate its effects, and therefore the greater the intention to purchase an OTC drug to lose weight. Therefore:

H4: (Barriers to Taking Action) Barriers to Taking Action positively influence the purchase intention of weight-loss OTC drugs.

Cues to Action – Refers an event that triggers the desired behavior. These cues may be internal –such as the existence of symptoms– or external such as a medical prescription (East, Hammond & Lomax, 2008), the influence of group membership and the information received from the media (Ahadzadeh, Sharif, Ong, & Khong, 2015).

Sharing information is part of modern life. Peer-to-peer communication or sharing feedback, either face to face (WoM) or electronically (eWoM) is shifting the status quo of our daily life (East et al., 2008). People are subjected to extensive information on the experiences and opinions of others. When the receiver accepts the information, either consciously or subconsciously, he/she can use the information to take a specific purchase decision (Rabjohn, Cheung & Lee, 2008).

Social pressure, discrimination and stereotyping that revolve around the obese, such as being perceived as lazy, incompetent or lack of individual self-discipline, have been identified as key actions in the control of obesity (Puhl & Heuer, 2010).

Although there are no studies on the subject, based on research into the phenomena of virality and purchase decisions, we can argue that positive WoM can to be the factor that drives the purchase intention of weight-loss OTCs drug. Therefore, we posit that:

H5: (Cues to Action) Positive WoM positively influences the purchase intention of OTC weight-loss drugs.

Self-efficacy – Bandura (1977) introduces the concept of self-efficacy as “the conviction that one can successfully execute the behavior required to produce an outcome”. To change behavior to succeed, the individual must feel competent (self-efficacious) to implement that change. Thus, in the context of weight loss, the conviction that one can successfully reduce weight through his/her own personal effort reduces customer likelihood to purchase OTC drugs.

H6: (Self-efficacy) Self-efficacy regarding weight loss negatively influences the purchase intention of OTC weight loss drugs.

2. METHODS

The methodology developed has been quantitative, using the online survey as data collection technique. To test the proposed hypotheses, an online survey was conducted.

2.1 Sample

The sample consisted of 193 persons aged between 18 and 55, with a mean age of 41 (SD=12.1), mean weight of 70.77 kg (SD=16.7) and mean height of 168.19 (SD=9.3)

Table 1 - Characteristics of the sample

Variables		%
Gender	Men	29.5
	Women	70.5
Age	18-24	13.5
	25-34	24.4
	35-44	27.5
	More than 45	34.6

2.2 Data Collection instruments

A self-reported questionnaire was developed to measure the six dimensions of the Health Beliefs Model, the purchase intention and five questions related to the sociodemographic and personal characteristics, such as weight and height. All participants answered the questionnaire in the same order:

- Perceived susceptibility was measured with 3 items adapted from Cockburn, Fahey and Sanson-Fisher (1987) and Park (2011).
- Perceived seriousness was measured with 5 items adapted from Frankenfield (2009) and Park (2011).
- Perceived benefits were measured with 4 items adapted from Park (2011).
- Barriers to taking action were measured with 4 items adapted from Park (2011) and Cockburn, Fahey and Sanson-Fisher (1987).
- Cues to action were measured with 5 items adapted from Park (2011) and East et al. (2008).
- Self-efficacy was measured with 6 items adapted from Park (2011).

In each dimension, respondents were asked to indicate their level of agreement with the given statement on a five-point Likert scale, scored from 1 (completely disagree) to 5 (completely agree).

Purchase intention was scored according to a five-point Likert-type scale, ranging from 1 (unlikely to purchase) to 5 (likely to purchase).

The questionnaire was examined by a panel of experts to ensure content validity and to guarantee the accuracy of the translations. To verify the clarity of the questions and gain feedback on the length of the questionnaire, it was tested previously in a group of 25 customers.

2.3 Inclusion criteria and procedures

The inclusion criteria verified by Toluna were: (1) Spanish as native language and residents in Spain; (2) age between 25-65; (3) men 30%, women 70%. If a survey fits the profile, Toluna would send an email invitation to respond to the survey, including a link to complete it. Five hundred and fifteen panelists were invited to participate in the study with a response rate of 37.5%. Respondents were given an incentive consisting of Toluna points redeemable for prizes.

2.3 Data analysis

The statistical program IBM, SPSS version 21 was used to conduct the analysis of the data. Descriptive statistics were performed to characterize the sample and personal features of the participants. Next, Scales were submitted to exploratory factorial analysis followed by an alpha Cronbach’s test. Path Analysis was performed to test the hypothesis with a maximum likelihood estimation method. The measurement model was first estimated to assess factor structure, reliability, convergent validity and discriminant validity. Subsequently, the parameters of the structural model were estimated.

3. RESULTS

Results of the exploratory factor analysis were acceptable with a KMO = 0.89 and Bartlett's Test of Sphericity being significant at $p < 0.000$ suggesting the appropriateness of the data. Internal consistency of the constructs were satisfactory with Cronbach's alphas ranging from .733 to .913.

The proposed theoretical model fits the data sample adequately. The fit indices are above the acceptable threshold (Hu & Bentler, 1999): $\chi^2 = 113,235$ ($p < 0.01$); Goodness of Fit Index (GFI) = 0.963; Tucker-Lewis Index (TLI) = 0.961 and Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.062.

Table 2 - Standardized Path Coefficients

			Estimate	S.E.	C.R.	p	Hypothesis
. intention	<	Perceived susceptibility ($\alpha = .881$)	.242	.023	3.861	.0002	H1 Supported
P. intention	<	Perceived seriousness ($\alpha = .740$)	.177	.035	2.818	.001	H2 Supported
P. intention	<	Perceived benefits ($\alpha = .847$)	.230	.022	3.711	.0008	H3 Supported
P. intention	<	Barriers to taking action ($\alpha = .733$)	-.223	.030	-3.606	.0001	H4 Not Supported
P. intention	<	Cues to action ($\alpha = .913$)	.178	.045	2.713	.004	H5 Supported
P. intention	<	Self-efficacy ($\alpha = .834$)	-.241	.013	-3.886	.0003	H6 Supported

Results show that all standardized path coefficients are significant indicating a significant influence of the dimensions of the health belief model on the consumer's purchase intention. Thus, Perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefits, cues to action and self-efficacy are, as hypothesized, good predictors of the purchase behavior of an OTC diet drug. However, H4 shows a reverse relationship to that established. This means that the higher the barriers to taking action, the lower the purchase intention of OTC diet drugs. Therefore, the presumptive positioning of weight-loss drugs for reducing the effects of discomfort associated with weight loss is not achieved in this research.

4. DISCUSSION

The aim of this study was to test the suitability of the Health Belief Model in the explanation of the purchase intention of OTC diet drugs to improve a health problem, particularly weight. Results show significant relationships between every dimension of the model and the purchase intention of OTC diet drugs.

Regarding the perceived susceptibility and perceived seriousness, the results of our research are in line with those of Anderson, 2008. Nevertheless, some authors have shown that despite individuals perceiving a disease as serious, the susceptibility level might be low and this leads to a lack of preventive behavior in such a way that it is necessary to manifest a high perceived severity for susceptibility to play a predictive role in behavior (Champion & Skinner, 2008). More recent studies (Daddario, 2007) found that the first motivation for behavioral change is the perceived threat level or the perception of having a risk of obesity, in other words, the perceived susceptibility and severity.

Regarding the perceived benefits, previous studies on overweight or obesity, argued that the perceived benefits were the most important predictor of the intention to control obesity in the face of a health threaten, especially among the population that already had an obesity problem (Kang, 1998; Nejad et al, 2005).

Exceptionally, barriers to taking action reduce purchase intention significantly. This conclusion suggests that individuals don't perceive that the damage and inconvenience involved in going on a diet to lose weight can be relieved with the purchase of these drugs.

Our results show a significant influence of WoM, as a Cue to action, on the intention to purchase OTC diet drugs. We live in a society in which the influence of other people, and the social proof they endow us with, become a key aspect of purchasing decisions.

Regarding the self-efficacy dimension, our results reinforce those of other authors such as García and Mann (2003) who conclude that models that include the self-efficacy variable are more effective than those that do not include it in analyzing the behavior of avoiding food and being.

It is difficult to compare the results with previous work, since in previous studies did not address purchase intention directly. However, the ability of the dimensions of the HBM to anticipate certain behaviors supports the results of authors such as García and Mann (2003) or Nejad et al. (2005). When comparing the results of different studies in which HBM has been applied,

authors find differences in the influence exerted by the different dimensions on behavior. Even authors such as Sullivan (2008) conclude that not all dimensions of HBM are always significant.

CONCLUSIONS

The use of the HBM can improve our understanding of consumer behavior regarding over-the-counter diet drugs. This implies that the Model itself applied to OTC drugs could follow the same process as when dealing with serious illnesses or to analyze consumer behavior towards the initiation of treatments or prevention with healthy behaviors. Also, the key findings of this study allow the pharmaceutical industry to design communication strategies based on deep consumer knowledge related with the OTC purchase decision.

The present study has certain limitations. Mainly, data collection is based on a convenience sample of less than 200 subjects. However, to reduce the possible negative impact that the size of the sample could have on the results, respondents were selected from a panel and rewarded for their contributions.

Future research may deepen into the influence of WOM in health-oriented behavior, as well as consumer's confidence in the properties of the products that allegedly help to adjust weight.

REFERENCES

- Ahadzadeh, A. S., Sharif, S. P., Ong, F. S., & Khong, K. W. (2015). Integrating health belief model and technology acceptance model: an investigation of health-related internet use. *Journal of medical Internet research*, 17(2).
- Anderson, M. M. (2013). Testing the Health Belief Model Using Prostate Cancer Screening Intention: Comparing Four Statistical Approaches Applied to Data from the 2008-09 Nashville Men's Preventive Health Survey (Doctoral dissertation, Vanderbilt University).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 45-65.
- Chen, J. Fox, S, Cantrell, C, Stockdale, S. & Kagawa-Singer M. (2007). Health disparities and prevention: Racial/ethnic barriers to flu vaccinations. *Journal of Community Health*, 32(1), 5-20.
- Cockburn J., Fahey P. & Sanson-Fisher R. (1987). Construction and validation of a questionnaire to measure the health beliefs of general practice patients. *Family Practice*, 4(2), 108-116.
- Daddario, D. (2007). A Review of the Use of the Health Belief Model for Weight. *Medsurg Nursing*, 16(6), 363-366.
- Day, A. K., Wilson, C., Roberts, R. M., & Hutchinson, A. D. (2014). The skin cancer and sun knowledge (SCSK) scale: validity, reliability, and relationship to sun-related behaviors among young western adults. *Health Education & Behavior*, 41(4), 440-448.
- East, R., Hammond, K., & Lomax, W. (2008). Measuring the impact of positive and negative word of mouth on brand purchase probability. *International Journal of Research in Marketing*, 25(3), 215-224.
- Frankenfield, K. M. (2009). *Health Belief Model of breast cancer screening for female college students*. Master's Theses and Doctoral Dissertations submitted to the School of Health Promotion and Human Performance Eastern Michigan University.
- Garcia, K., & Mann, T. (2003). From 'I wish'to 'I will': Social-cognitive predictors of behavioral intentions. *Journal of Health Psychology*, 8(3), 347-360.
- Gavilan, D., Avello, M. & Abril, C. (2014). Shopper marketing: A new challenge for Spanish community pharmacies. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(6), 125-136.
- Hu, L.T. & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- James, A., Campbell M., & Hudson M. (2002). Perceived Barriers and Benefits to Colon Cancer Screening among African Americans in North Carolina: How Does Perception Relate to Screening Behavior. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 11(6), 529-534.
- James D., Pobee J., Oxidine D., Brown L., & Joshi G. (2012). Using the Health Belief Model to Develop Culturally Appropriate Weight Management Materials for African-American Women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(5), 664-670.
- Janz N., & Becker M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.

- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., & Weaver, J. (2015). The health belief model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health communication*, 30(6), 566-576.
- Kang Y, Jin K, & Lee H. (1998). Factors influencing weight control intention of obese adolescents. *Korean Journal of Preventive Medicine*, 31, 199-214.
- Lara, C. V., Pérez, C. L., Amézquita, M., Cortés, J., Guerra, M., Castiblanco, A. H., & Ordóñez, J. (2009). Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Diversitas*, 5(2), 337-347.
- Nejad, L. M., Wertheim, E. H., & Greenwood, K. (2005). Comparison of the health belief model and the theory of planned behavior in the prediction of dieting and fasting behavior. *Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture*, 1(1), 63-74.
- Park, D. Y. (2011). Utilizing the Health Belief Model to predicting female middle school students' behavioral intention of weight reduction by weight status. *Nutrition research and practice*, 5(4), 337-348.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health*, 100(6), 1019-1028.
- Rosenstock, I. M., Derryberry, M., & Carriger, B. K. (1959). Why people fail to seek poliomyelitis vaccination. *Public health reports*, 74(2), 98.
- Rabjohn, N., Cheung, C. M., & Lee, M. K. (2008). *Examining the perceived credibility of online opinions: information adoption in the online environment*. In Hawaii International Conference on System Sciences, Proceedings of the 41st Annual (pp. 286-286). IEEE.
- Sullivan, K. A., White, K. M., Young, R. M., Chang, A., Roos, C., & Scott, C. (2008). Predictors of intention to reduce stroke risk among people at risk of stroke: An application of an extended health belief model. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 505-512.

Millenium, 2(5), 43-52.



BARREIRAS DE ACESSO A REALIZAÇÃO DE EXAMES NO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA
BARRIERS TO ACCESS PRENATAL SCREENING: INTEGRATIVE REVIEW
BARRERAS DE ACCESO A LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES EN EL PRENATAL: REVISIÓN INTEGRATIVA

Elisabete Carvalho¹

Leila Göttems²

Sandra Monteiro³

Laiane Ribeiro³

Dirce Guilhem⁴

¹ *Universidade de Brasília, Brasil*

² *Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Brasília, Brasil*

³ *Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Brasília, Brasil.*

⁴ *Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília, Brasil.*

Elisabete Carvalho - elisabete_mpc@yahoo.com.br | Leila Göttems - leilagottems@gmail.com | Sandra Monteiro - sncmonteiro@gmail.com |
Laiane Ribeiro - lainha@gmail.com | Dirce Guilhem - dirceguilhem@gmail.com



Corresponding Author

Elisabete Carvalho

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília

UnB - Brasília, DF, 70910-900, Brasil

elisabete_mpc@yahoo.com.br

RECEIVED: 29th november, 2017

ACCEPTED: 18th january, 2018

RESUMO

Introdução: O acompanhamento pré-natal é fundamental para a redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal. No entanto, barreiras organizacionais podem dificultar o acesso às ações e serviços cursando com a fragmentação do cuidado e da qualidade da assistência.

Objetivos: Analisar na produção científica brasileira, as barreiras de acesso a realização de exames no acompanhamento pré-natal.

Método: Revisão integrativa de publicações nas bases científicas da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2005 a 2015.

Resultados: O processo de busca resultou em 708 artigos dos quais 15 cumpriram os critérios de inclusão. Os estudos foram sistematizados e originaram quatro categorias para análise: (1) Lentidão no processo de agendamento, coleta e liberação de resultados; (2) Quotas insuficientes dos exames destinados a atenção primária; (3) Falta de recursos das gestantes; e (4) Adequação dos exames relacionada ao início precoce do pré-natal.

Conclusões: As barreiras de acesso aos exames no acompanhamento pré-natal estão relacionadas principalmente aos recursos escassos na saúde destinados à atenção primária; à lentidão no processo de agendamento e realização; e, a falta de recursos da gestante para arcar com os custos de exames não realizados pelo sistema público. As publicações também evidenciaram os aspectos positivos para as gestantes que iniciaram pré-natal precoce.

Palavras-chaves: Cuidado pré-natal; Gestantes; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Prenatal monitoring is essential to reducing maternal and neonatal morbidity and mortality rates. However, organisational barriers may hamper access to the actions and services carrying on with the fragmentation and quality of care.

Objectives: To analyse in the Brazilian scientific production the access barriers to performing screenings during prenatal monitoring.

Methods: Integrative review of publications searched in the bibliographic databases of Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS), Nursing Database (BDENF), and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), published in Portuguese, English, and Spanish from 2005 to 2015.

Results: Of 708 articles searched, 15 met the inclusion criteria. The studies were systematised and led to four categories for analysis: (1) Sluggishness in the process of exam scheduling, sample collection, and releasing of results; (2) Insufficient quotas for the primary care screenings; (3) Lack of resources of the pregnant women; and (4) Adequacy of screenings related to the early onset of prenatal care.

Conclusions: The access barriers to screenings in the prenatal monitoring are mainly related to the scant health resources devoted to primary care; sluggishness in the process of scheduling and running of tests; and to the lack of resources of the pregnant woman, who cannot afford the costs of examinations not covered by the public health system. The publications also highlighted the positive aspects for the pregnant women who had an early onset of prenatal care.

Keywords: Prenatal care; Pregnant women; Access to healthcare services.

RESUMEN

Introducción: El seguimiento prenatal es fundamental para la reducción de las tasas de morbimortalidad materna y neonatal. Sin embargo, barreras organizacionales pueden dificultar el acceso a las acciones y servicios cursando con la fragmentación del cuidado y de la calidad de la asistencia.

Objetivos: Analizar en la producción científica brasileña, las barreras de acceso a la realización de exámenes en el seguimiento prenatal.

Método: Revisión integrativa de publicaciones en las bases científicas de la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Base de datos de Enfermería (BDENF) y Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), publicados en los idiomas portugués, inglés y portugués en el período de 2005 a 2015.

Resultados: El proceso de búsqueda resultó en 708 artículos de los cuales 15 cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios se resumen y se produjeron cuatro categorías para el análisis: (1) proceso de programación lenta, la recogida y liberación de los resultados; (2) Cuotas insuficientes de los exámenes destinados a la atención primaria; (3) Falta de recursos de las gestantes; y (4) Adecuación de los exámenes relacionados al inicio precoz del prenatal.

Conclusiones: Las barreras de acceso a los exámenes en el seguimiento prenatal están relacionadas principalmente con los recursos escasos en la salud destinados a la atención primaria; a la lentitud en el proceso de programación y realización; y la

falta de recursos de la gestante para cubrir los costos de exámenes no realizados por el sistema público. Las publicaciones también evidenciaron los aspectos positivos para las gestantes que iniciaron prenatal temprano.

Palabras claves: Cuidado prenatal; Gestantes; Accesibilidad a los servicios de salud.

INTRODUCTION

The main purpose of prenatal attention is to assist the pregnant woman and offer her integral, humanised, and quality care, ensuring both maternal and foetal wellness, as well as contributing to favourable and positive outcomes. Such monitoring aims at providing guidance on healthy habits, preparing for delivery, diagnosing and treating pre-existing or gestational related conditions, and reducing maternal and infant morbidity and mortality rates (Dias Corrêa, Tsunehiro, Oliveira, & Bonadio, 2014). The World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health (MS) recommend some indicators as reference parameters of prenatal quality of usual risk in primary care, among them the availability of all exams in a timely manner (Felisbino-Mendes & Matosinhos, 2016).

For Starfield (2002) all services should be adequately accessible. The first contact (access) carries within itself the idea that in an organized health system there is an entry point (doorway) easily accessible for every new problem or new episode of a problem that people are looking for care, bond and resolutiveness.

However, some social determinants of health (SDOH)—such as poverty, unemployment, lack of income, lack of information, low schooling level, lack of housing, and access to health services—define the way how a great deal of these pregnant women live. Belonging to a scenario of vulnerability and social exclusion, they are not aware of their constitutional principles as expressed in the Article 196 of the Constitution of Brazil (1988): “Health is a right of all and a duty of the State and shall be guaranteed by means of social and economic policies aimed at reducing the risk of illness and other hazards and at the universal and equal access to actions and services for its promotion, protection and recovery” (Section II - health).

Originally, the term social vulnerability refers to groups or individuals who have the guarantee of their citizenship rights undermined. Social vulnerability is determined by the economic, political, and social context with respect to the available structure of access to information, financing, services, cultural goods, and freedom of speech. It also refers to the living standard of the poorer and less favoured classes in society. The lack of access to basic prenatal screenings, for instance, indicates that a person or social group is in a socially vulnerable situation as such person or group is excluded from access to a right that has been guaranteed to all by the Brazilian Citizen Constitution (Silva, Malta de Mello, Mello, Ferriani, Sampaio, & Oliveira, 2014).

In the face of the Brazilian regional and social inequalities, ensuring the inclusion of all people to all rights becomes difficult when underfunding is regarded as a chronic problem in the development of the country’s Unified Health System—SUS¹ (Mendes, 2013). According to the World Health Organization (2013), the portion of the federal budget for health (8%) in Brazil is even lower than the average of African countries (10.6%) and the world average (11,7%). However, the situation was even worse ten years ago, when only 4,7% of public expenditure were invested in Health, what is considered a shame if comparing to other countries, such as Switzerland (21%), the Netherlands (20%), and the United States (19%). Allocating financial or physical resources more efficiently and equitably in Health is a challenge that health management professionals face on a daily basis (Granja, Zoboli, & Fracolli, 2013).

Underfunding and poor management of scarce resources compromise the implementation of the SUS constitutional principles that do not become concrete neither in the reality of the healthcare points of care nor in the users’ daily life (Bittencourt, 2013). Social inequalities in health conditions and access to the use of services express different opportunities according to social position, what constitutes situations of vulnerability and social injustice (Giovanela, Escorel, Lobato, de Carvalho Noronha, & Carvalho, 2012). The dynamics of the SUS should not only express the search for an efficient and effective system, but also fundamentally rescue the building of a society in which equality and solidarity are fundamental values (Iturri, 2013).

The reduction in maternal and infant morbidity and mortality coefficients is demonstrated by the adequate care for pregnancy. To reduce substantially maternal mortality, it is necessary to integrate the emergency care with the improvement in the quality of maternal healthcare since the pregnancy (Souza et al., 2013). The increase of diversity in the causes of maternal morbidity and mortality is an important challenge to the policies and programs that aim at meeting varied needs with different types of care in different contexts (Graham, Woodd, Byass, Filippi, Gon, Virgo, & Singh et al., 2016).

Accessing basic screenings in prenatal monitoring as recommended by the Brazilian Ministry of Health is important for the quality of healthcare of the mother-child binomial. However, for several reasons, many pregnant women arrive at the maternity hospital without such results and consequently excluded from the benefit of this right. Therefore, this study aimed at analysing in the Brazilian scientific production the access barriers to performing tests during prenatal monitoring.

¹ In Brazilian Portuguese: Sistema Único de Saúde (SUS).

1. METHODS

This integrative literature review proposes to gather, evaluate and conduct systematically, orderly and broadly a synthesis of the results of multiple published studies. The review followed the steps of elaboration of a protocol, including the definition of a guiding question, search strategies for finding scientific publications, data collection, critical analysis of studies, discussion of results, and data synthesis (Casagrande, 2016; Carvalho et al., 2017). In the face of the obstacles pregnant women face to take basic medical examinations, the following guiding question arose: what do highlight the Brazilian scientific productions on the access barriers to performing basic routine examinations during prenatal monitoring?

The literature search and the selection of articles were carried out between October and November 2016 in the bibliographic databases of Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS), Nursing Database (BDENF), and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), using a combination of controlled descriptors; terms contained within the structured vocabulary *Health Sciences Descriptors* (DeCS). The strategy used to obtain the publications had as its guiding principle the search among the following descriptors (“cuidado pré-natal” AND gestantes OR “baixo risco” AND “acesso aos serviços de saúde” OR “avaliação em saúde”)². In the Medical Subject Headings (MeSH), the search used the following descriptors (“pregnant care” [MeSH Terms]) AND (“pregnancy” [MeSH Terms] OR “pregnant woman” [MeSH Terms]) AND (health services accessibility” [MeSH Terms] OR “health assessment” [MeSH Terms])).

We established as inclusion criteria studies that give response to proposed objective, in full text, indexed in the databases of LILACS, BDENF and MEDLINE, available in Portuguese, English and Spanish, published between 2005 and 2015.

It is a research conducted in databases, with scientific articles considered in the public domain, there was no need for submission to a Research Ethics Committee for ethical review. However, the requirements related to the responsibility of researchers regarding the reliability of the presented data were observed.

2. RESULTS

The Figure 1 shows a flowchart describing the search of the reviewed articles. The process of searching for manuscripts in the databases found 708 studies. Afterwards, duplicated articles or articles that did not fit the eligibility criteria were excluded through the reading of work titles and abstracts. Of these, 563 were eliminated for they were not related to the research theme, and 125 for duplication.

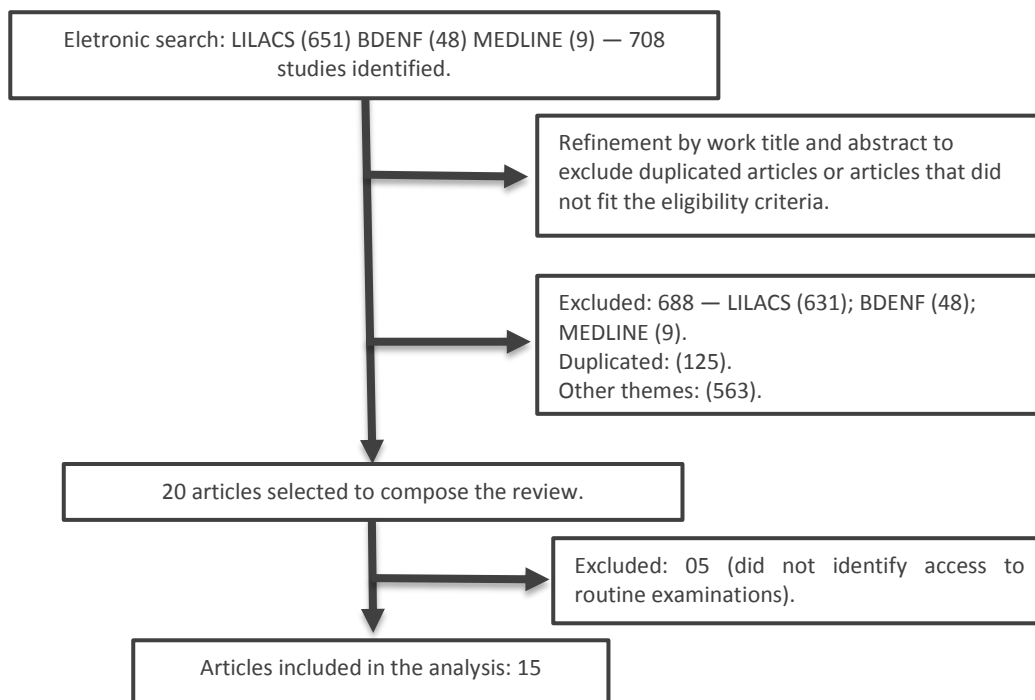


Figura 1. Fluxograma com a descrição das etapas de obtenção dos artigos revisados

² (“prenatal care” AND pregnant women OR “low risk” AND “access to healthcare services” OR “health evaluation”)

The research verified that most of the articles had a transversal descriptive design, published in Portuguese language (100%) between 2008 and 2013, in several journals, and all publications indexed in LILACS database.

Out of the 20 publications selected and read in full, five were excluded for they did not identify the access to the basic routine examinations conducted during prenatal monitoring, even though they included the prenatal card records. Therefore, the remaining 15 articles were analysed according to the variables to follow: year of publication, authors, work title, journal, and research method used.

The results of the selected studies were systematised in accordance with the similarities of the data analysed in each research. Based on this, the following categories for the description and discussion of the results originated: (1) sluggishness in the process of releasing of results; (2) insufficient quotas for primary healthcare; (03) lack of financial resources of pregnant women; and (4) adequacy of screenings related to the early onset of prenatal care. The synthesis and interpretation of data were based on the results of the critical evaluation of the selected studies.

Of the 15 publications analysed and related to the access of pregnant women to basic routine examinations, four pointed out difficulties in access due to sluggishness in the process of exam scheduling, sample collection, and releasing of results; two studies indicated a decrease in the quotas for primary healthcare; three studies highlighted that pregnant women lacked resources to pay for the examinations not made available by the SUS; and five studies showed that the pregnant women who had an early onset of prenatal care achieved greater adequacy in the process of taking tests and obtaining of results, as detailed in Table 1 below.

Table 1: Description of the reviewed articles

YEAR OF PUBLICATION	AUTHORS	WORK TITLE	JOURNAL	METHOD
SLUGGISHNESS IN THE PROCESS OF RELEASING OF RESULTS				
2015	Silva, Alves, Rodrigues, Padoin, Branco, & Souza.	A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal	Rev Pesquisa Cuid Fundam	Descriptive Exploratory
2015	Leal, Teme-Filha, Moura, Cecatti, & Santos.	Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste	Rev Bras Saúde Matern Infantil	Population-based survey
2011	Peixoto, Campos, Teles, Freitas, Paula, & Damasceno.	O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica	Rev de Enferm UERJ	Descriptive Transversal
2013	Paris, Martins, & Pelloso.	Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados	Rev Bras de Ginecol Obst	Transversal
INSUFFICIENT QUOTAS FOR PRIMARY HEALTHCARE SCREENINGS				
2015	Degli Esposti, Oliveira, Santos Neto, & Travassos.	Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo	Saúde e Sociedade	Content analysis based on Bardin
2012	Santos Neto, Oliveira, Zandonade, Gama, & Leal.	O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?	Cad de Saúde Pública	Epidemiologic Transversal
2012	Pimentel, Sá, Ferreira, & Silva.	Perfil clínico-social das gestantes atendidas numa unidade docente-assistencial baseada no modelo de saúde da família	Rev Baiana de Saúde Pública	Descriptive

YEAR OF PUBLICATION	AUTHORS	WORK TITLE	JOURNAL	METHOD
2009	Almeida & Tanaka.	Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	Rev de Saúde Pública	Case study
LACK OF RESOURCES OF THE PREGNANT WOMEN TO PAY FOR EXAMINATIONS				
2008	Rasia & Albernaz	Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	Rev Bras Saúde Matern Infantil	Transversal
2009	Gonçalves, César & Mendoza-Sassi.	Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional	Cad de Saúde Pública	Transversal
ADEQUACY OF SCREENINGS RELATED TO THE EARLY ONSET OF PRENATAL CARE				
2013	Domingues, Leal, Hartz, Dias & Vettore.	Acesso e utilização dos serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil	Rev Bras de Epidem	Descriptive Transversal
2013	Hass, Teixeira, & Beghetto.	Adequabilidade da assistência pré- -natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS	Rev Gaúcha de Enferm	Historic cohort study
2013	Oliveira, Benedett, Paula, Rossoni, Grellman, Grzybowski...& Antonioli.	Avaliação do processo de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Chapecó, Brasil	Arq Catarin Med	Transversal
2011	Andreucci, Cecatti, Macchetti, & Sousa.	Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante	Rev de Saúde Pública	Transversal
2008	Chrestani, Santos, César, Winckler, Gonçalves, & Neuman.	Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil	Cad de Saúde Pública	Transversal

3. DISCUSSION

The Primary Healthcare—a gateway to the healthcare network, planner and coordinator of care, *locus* where low-risk prenatal care is monitored—aims to offer universal access and integrality of actions and services within the mother-child care line. In addition to fulfil the doctrinal and organizational principles of the SUS, several strategies have been used in order to implement in practice the transfer of resources that finance the demands of the society. The universality of the right to health and the guarantee of the integrality of care express both social solidarity and commitment with respect to the health needs. That being said, the right to health comprises universal and equal access to health services and actions (Cappelletti & Andrade, 2016).

The Table 1 shows an overview of the publications related to the access of pregnant women to taking basic routine examinations during prenatal monitoring. The publications revealed a diversity of existing barriers in the access to taking examinations according to the social, regional, geographic, demographic, and political conditions the pregnant women are in. They also presented the positive aspects for the women who had an early onset of prenatal care.

Sluggishness in the Process of Exam Scheduling, Sample Collection, and Releasing of Results

Four studies (Silva et al., 2010; Leal et al., 2010; Peixoto et al., 2011, & Paris et al., 2013) detected a similar pattern in relation to the sluggishness in the process of releasing the tests' results. The women confirmed they had access to taking the tests; however, the delay in the sample collecting and receiving the results was a stressor for the subsequent appointments. There is a hypothesis that some of them only took part of the tests due to difficulties in scheduling or to the lack of reagents.

The authors emphasised the importance of examinations in the prenatal routine for the monitoring and classification of prenatal risk factors. The low percentage of the screenings showed deficiency in the quality of care. The researchers also believe that some tests might have been taken, but not recorded on the pregnant card (Paris et al., 2013). The literature has shown that the delay in the tests' results is one of the greatest limitations in the quality of the prenatal follow-up, in addition to leading to the dissatisfaction of pregnant women, who arrive at the place of delivery without the exam records on their prenatal card (Pereira et al., 2015 & Dias Corrêa et al., 2014).

Insufficient Quotas for Primary Healthcare Screenings

Six of the analysed studies identified the limited resources in Health that prevent the doctrinal and organisational principles of the SUS from taking place in the users' daily life (Degli Esposti et al., 2015; Santos Neto et al., 2012; Pimentel et al., 2012 & Almeida & Tanaka, 2009). The pregnant women reported they took tests in private institutions to ensure the results were available before the appointment. One cannot ignore the fact that there are regional and social inequalities and that the challenges faced by the SUS regarding underfinancing is a chronic problem, what contributes to the scarcity of resources. This translates into a conceptual error with significant practical repercussions, leading to serious risks to the objective of proper application of the limited health resources, both from the efficiency and justice point of view (Fleury, 2012).

Studies showed that the depletion of the quotas of examinations for the primary healthcare was the most cited cause as a barrier to undertaking such tests. Other factors were also pointed out, such as the scheduling of sample collection after the date of the next appointment; non-attendance to the laboratory; difficulty in accessing the health unit, lack of money and time; and the distance between the residence and the laboratory (Pimentel et al., 2012; Almeida & Tanaka, 2009).

The most important attribute of access to health is the availability of services, equipment, and human resources. However, the availability of resources itself does not guarantee the access. Geographical, financial, organisational, and cultural barriers, for instance, either facilitate or obstruct people's ability to use health services. In general, from the territories' point of view, the greater the distance, the lower is the use of the health service (Giovannella et al., 2012).

From the current scenario of technological and scientific advances, it is understandable that the health needs are broader than the availability of resources and that the public managers do not thoroughly supply the demand of the population, what results in many users being out of access, or even of the integrality of actions. Such reality, however, especially affects the poorest population, who has no money neither for private examinations nor for buying drugs at a pharmacy without compromising the family income (Cappelletti & Andrade, 2016).

The lack of records on prenatal cards may be misinterpreted as the non-taking of the tests (Pimentel et al., 2011). A percentage varying from 20% to 50% showed incompleteness on the records of the screenings in the first trimester. In the second routine scan, all records, without exception, presented incompleteness greater than or equal to 50%. The records reveal if the pregnant women have access to the services. However, the blank fields on the prenatal cards infer they access the services without keeping track of records. The mere fact of having access to health services bureaucratically does not imply the quality of care, since the problem solving related to the capacity of a service play its part is a key factor to the care process (Santos Neto et al., 2012).

Other studies (Dias Corrêa et al., 2014; Ferreira do Val & Nichiata, 2014) also reported the possibility of failures in the carrying out of the examinations due to the lack of specific supplies, restriction of quotas, damaged equipment, delays in the scheduling of sample collection, releasing of results, and loss of samples. Organisational barriers of this kind—such as the convenience of operating hours, waiting time, management of exam quotas, scarcity of human resources, and damaged equipment—are organisational characteristics that may hamper access to service (Giovannella et al., 2012).

Not even the Brazilian Law 8.080/1990—that guarantees universal and equal access of the population to actions and services for the promotion, protection, and recovery of health—has secured enough quotas for the demand for healthcare services. This commitment made by Brazil—when declared itself as a Democratic State of Law, guaranteeing of the fundamental human rights—must be recovered by both the people and the public power. Health is under the jurisdiction of all entities of the Brazilian federation in order to guarantee the resources and the best operational strategy for each region within the macro system of health management (Cappelletti & Andrade, 2016).

Lack of Resources of the Pregnant Women to Pay for the Examinations not Available by the SUS

Studies have shown that higher-income pregnant women have access to the basic routine as recommended by the PHPN³ and that the most vulnerable social groups receive poor prenatal care (Rasia & Albernaz, 2008; Gonçalves et al., 2009). Financial barriers represent significant constraints to the use of health services. Poor pregnant women use fewer services in response to financial barriers if compared to those with better financial conditions. When the SUS does not make the screenings available, low-income women are not able to pay for them (Giovannella et al., 2012). Reducing access barriers to prenatal services,

³ Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento — PHPN).

serological testing, diagnosis, and treatment are important factors for a better management and disease control during pregnancy, and different strategies are necessary for different types of health services (Domingues et al., 2013).

It is understood that the fair prioritisation of resources should be made explicit in order to improve the forms of actual participation of the community in the decision-making process. Utilitarianism is a current of thought widespread by the health management professionals, who believe the correct, the fair, would be the allocation of resources that provided greater benefit to a larger number of people (Granja et al., 2013).

Adequacy of Screenings Related to the Early Onset of Prenatal Care

Five studies (Domingues et al., 2013; Hass Teixeira & Beghetto, 2013; Oliveira et al., 2013; Andreucci et al., 2011 & Chrestani et al., 2008) included in this review identified that the “adequacy of the screenings” was strongly associated with the early onset of prenatal care and with the holding of six or more appointments. Comparing the years of 2002 and 2005, it is noticeable that the majority of the pregnancy assistance and delivery indicators in poor areas of the North and Northeast Brazil presented significant improvements (Chrestani et al., 2008).

Although there was a significant growth in the carrying out of such screenings, the rates fell far short of a quality of care, corroborating the findings of the Brazilian studies (Fonseca et al., 2014; Martinelli, et al., 2014), in which the lower family income, lower schooling, and non-white women appeared as those who had a late entry into prenatal care. When they did take the tests, they were of very poor quality, revealing that vulnerability and social inequality compete to maximize inadequate prenatal care conditions.

In general, the health conditions of a population are strongly associated with the pattern of social inequalities present in the society. Therefore, social determinants that directly affect social groups influence such health conditions. Moreover, the adequate primary healthcare services may contribute to reducing social inequalities in the health conditions (Giovannella et al., 2012). The level of schooling, family income, housing conditions, access to water, sanitation, and health services influence the social determinants of health (Sousa Campos & Pereira Júnior, 2016). The SUS, however, has been implementing policies to promote equity in order to reduce the vulnerabilities to which certain population groups are more exposed.

Taking into consideration the importance of working to guarantee the access to health services, Rede Cegonha—a Brazilian federal program formulated in the context of the organisation of the healthcare network—aims at structuring the management of the health system, organised by the maternal-infant healthcare network in the regional and hierarchical levels of care, guaranteeing vacancies from the beginning of prenatal care, a variety of points of care, in addition to the effectiveness of the regulation and planning of the system. Both competencies and responsibilities of the points of care in integral care correlate with a population-based coverage, accessibility, and scale to adequate the services, in such a way as to make access equal for all women, regardless the social group they belong (Carvalho et al. al., 2017).

CONCLUSIONS

The reviewed publications showed significant evidence of access barriers to performing risk screenings, among which are the scarcity of health resources that preclude the integrality of actions in the primary health care; the sluggishness in the process of scheduling tests and releasing of results, what leads to the incompleteness of records on the prenatal cards; and the lack of resources of the pregnant women to pay for the examinations not available by the SUS.

The incompleteness of records on the prenatal card reinforces the need for improvement training for health professionals, focusing on the valorisation and completion of the prenatal card as an important communication tool, since this adds relevant details to the decision-making in case of identifying pregnancy risk.

It is recommended to define priorities for future and in-depth studies on the theme, as well as studies that evaluate public policies for the health of women; national and regional programs; and local management, emphasising on the scarcity of resources in health, financing, and management of resources for primary health care.

It is essential that public managers, health professionals, researchers, health councils, and the community itself seek for possible ways to improve the efficiency and effectiveness of the SUS in terms of expansion of the actions to promote health, improvement of health units, control of limited resources, or redefinition of competencies at the various levels of management. The political challenge is to make the access to SUS available for all.

REFERENCES

Almeida, C. A. L., & Tanaka, O. Y. (2009). Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Revista de saúde pública*, 43(1), 98-104.

- Andreucci, C. B., Cecatti, J. G., Macchetti, C. E., & Sousa, M. H. (2011). Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Revista de Saúde Pública*, 45(5), 854-864. Acedido em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/2011nahead/2438.pdf>
- Bittencourt DAS (Org). (2013). *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e a atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp.
- Carvalho, E.M.P., Göttems, L.B.D, Monteiro, S.N.C., Guilhem, D. B., & Ribeiro, L. M. (2017). O acesso aos exames básicos no atendimento pré-natal: Revisão Integrativa. *CIAIQ 2017*, 2. Acedido em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1199/1160>
- Casagrande, L. P. (2016). Assistência de enfermagem na qualidade de vida do idoso: revisão integrativa. *Saúde. com*, 11(4). Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/297>
- Cappelletti, P., & Andrade, M. (2016). A questão da judicialização da saúde na realidade jurídica brasileira: um reflexo da omissão do estado em seu dever de garantir este direito fundamental. *Revista Thesis Juris*, 5(2). Acedido em: <http://www.revistartj.org.br/ojs/index.php/rtj/article/view/169/pdf>
- Chrestani, M. A. D., Santos, I. S., Cesar, J. A., Winckler, L. S., Gonçalves, T. S., & Neumann, N. A. (2008). Health care during pregnancy and childbirth: results of two cross-sectional surveys in poor areas of North and Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7), 1609-1618. Acedido em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n7/16.pdf>
- CONSTITUTION OF BRAZIL. (1988). Retrieved November 15, 2017, from <http://www.v-brazil.com/government/laws/titleVIII.html>
- Degli Esposti, C. D., Oliveira, A. E., dos Santos Neto, E. T., & Travassos, C. (2015). Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 765-779.
- Dias Corrêa, M., Tsunehiro, M. A., de Oliveira Pimentel Lima, M., & Bonadio, I. C. (2014). Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1). Acedido em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033339004/>
- Domingues, R.M.S.M, do Carmo Leal, M., de Araújo Hartz, Z. M., Dias, M. A. B., & Vettore, M. V. (2013). Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 16(4), 953-65.
- Ferreira do Val, L., & Yasuko Izumi Nichiata, L. (2014). A integralidade ea vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1). Acedido em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033339021/>
- Felisbino-Mendes M.S. & Matozinhos F.P. (2016) Ciclo gravídico-puerperal: sistematização da assistência de enfermagem como foco na Atenção Primária à Saúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras; Morais S.C.R.V., Souza K.V., Duarte E.D., organizadoras. PROENF Programa de atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 8. Porto alegre: Artmed Panamericana.
- Fleury, S. (2012). Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em debate*, 36(93), 159-162. Acedido em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763003.pdf>
- Fonseca, S. C., Monteiro, D. D. S. A., Pereira, C. M. D. S. C., Scoralick, A. C. D., Jorge, M. G., & Rozario, S. D. (2014). Inequalities in prenatal care in a southeastern city in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 1991-1998.
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. D. V. C., de Carvalho Noronha, J., & de Carvalho, A. I. (2012). Políticas e sistema de saúde no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Gonçalves, C. V., Cesar, J. A., & Mendoza-Sassi, R. A. (2009). Quality and equity in prenatal care: a population-based study in Southern Brazil. *Cadernos de saude publica*, 25(11), 2507-2516.
- Granja, G. F., Zoboli, E. L. C. P., & Fracolli, L. A. (2013). The discourse of managers on equity: a challenge for Brazil's Unified Health System (SUS). *Ciencia & saude coletiva*, 18(12), 3759-3764. Acedido em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n12/a32v18n12.pdf>
- Graham, W., Woodd, S., Byass, P., Filippi, V., Gon, G., Virgo, S., ... & Singh, S. (2016). Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *The Lancet*, 388(10056), 2164-2175. Acedido em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31533-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31533-1/fulltext)
- Hass, C. N., Teixeira, L. B., & Beghetto, M. G. (2013). Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. *Revista gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre. Vol. 34, n. 3 (2013), p. 22-30. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10183/85471>
- Iturri, J. A. (2013). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 3101-3103. Acedido em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n10/v18n10a35.pdf>

- Leal, M.C, Theme-Filha, M. M., de Moura, E. C., Cecatti, J. G., & Santos, L. M. P. (2015). Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 15(1).
- Martinelli, K.G., Santos Neto E.T., Gama, S.G., Oliveira AE. (2014). Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 36(2), 56-64.
- Mendes, E. V. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *estudos avançados*, 27(78), 27-34. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>
- Oliveira, P. P., Benedett, A., de Paula, D., Rossoni, J., Grellmann, J. K., Grzybowski, L. S., ... & Antonioli, M. A. (2013). Avaliação do processo de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Chapecó, Brasil. Acedido em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1229.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2013). ONU: quanto se gasta com saúde no mundo por habitante e por PIB. [periódico na internet]. Acedido em: <http://www.humanosdireitos.org/noticias/denuncias/619-ONU--quanto-se-gasta-com-saude-no-mundo-por-habitante-e-por-PIB.htm>.
- Paris, G. F., Martins, P. M., & Pelloso, S. M. (2013). Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev bras ginecol obstet*, 447-452. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/04.pdf>
- Peixoto, C. R., Campos, F. C., Teles, L. M. R., Freitas, L. V., Paula, P. F. D., & Damasceno, A. K. D. C. (2011). O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev. enferm. UERJ*, 286-291. Acedido em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a19.pdf>
- Pereira, K. G. P., de Abreu, R. M., Leite, E. D. S., de Sousa, A. K., & de Farias, M. D. C. (2015). Atenção à saúde da mulher no pré-natal. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 5(4), 01-08.
- Pimentel, K., Sá, C. M. M., Ferreira, N., & Silva, T. O. D. (2012). Perfil clínico-social das gestantes atendidas numa unidade docente-assistencial baseada no modelo de saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(2), 239. Acedido em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2439.pdf>
- Rasia, I. C. R. B., & Albernaz, E. (2008). Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Santos Neto, E. T., Oliveira, A. E., Zandonade, E., da Gama, S. G. N., & do Carmo Leal, M. (2012). O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? Prenatal patient cards and quality of prenatal care. *Cad. Saúde Pública*, 28(9), 1650-1662.
- Silva, A.L., Herdy Alves, V., Pereira Rodrigues, D., de Mello Padoin, S. M., Lutterbach Riker Branco, M. B., & de Mattos Pereira de Souza, R. (2015). A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(2). Acedido em: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750946010/>
- Silva, M. A. I., Mello, F. C. M. D., Mello, D. F. D., Ferriani, M. D. G. C., Sampaio, J. M. C., & Oliveira, W. A. D. (2014). Vulnerability in adolescent health: contemporary issues. *Ciencia & saude coletiva*, 19(2), 619-627. Acedido em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00619.pdf>
- Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Vogel, J., Carroli, G., Lumbiganon, P., Qureshi, Z., ... & Neves, I. (2013). Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *The Lancet*, 381(9879), 1747-1755. Acedido em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60686-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60686-8/fulltext)
- Sousa Campos, G. W., & Pereira Júnior, N. (2016). A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9). Acedido em: <http://www.redalyc.org/html/630/63047411002/>
- Starfield, B. (2002). Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde.

BARREIRAS DE ACESSO A REALIZAÇÃO DE EXAMES NO PRÉ-NATAL: REVISÃO INTEGRATIVA
BARRIERS TO ACCESS PRENATAL SCREENING: INTEGRATIVE REVIEW
BARRERAS DE ACCESO A LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES EN EL PRENATAL: REVISIÓN INTEGRATIVA

*Elisabete Carvalho*¹

*Leila Göttems*²

*Sandra Monteiro*³

*Laiane Ribeiro*³

*Dirce Guilhem*⁴

¹ *Universidade de Brasília, Brasil*

² *Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Brasília, Brasil*

³ *Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Brasília, Brasil.*

⁴ *Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília, Brasil.*

Elisabete Carvalho - elisabete_mpc@yahoo.com.br | Leila Göttems - leilagottems@gmail.com | Sandra Monteiro - sncmonteiro@gmail.com |
Laiane Ribeiro - lainha@gmail.com | Dirce Guilhem - dirceguilhem@gmail.com



Autor Correspondente

Elisabete Carvalho

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília

UnB - Brasília, DF, 70910-900, Brasil

elisabete_mpc@yahoo.com.br

RECEBIDO: 29 de novembro 2017

ACEITE: 18 de janeiro de 2018

RESUMO

Introdução: O acompanhamento pré-natal é fundamental para a redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal. No entanto, barreiras organizacionais podem dificultar o acesso às ações e serviços cursando com a fragmentação do cuidado e da qualidade da assistência.

Objetivos: Analisar na produção científica brasileira, as barreiras de acesso a realização de exames no acompanhamento pré-natal.

Método: Revisão integrativa de publicações nas bases científicas da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2005 a 2015.

Resultados: O processo de busca resultou em 708 artigos dos quais 15 cumpriram os critérios de inclusão. Os estudos foram sistematizados e originaram quatro categorias para análise: (1) Lentidão no processo de agendamento, coleta e liberação de resultados; (2) Quotas insuficientes dos exames destinados a atenção primária; (3) Falta de recursos das gestantes; e (4) Adequação dos exames relacionada ao início precoce do pré-natal.

Conclusões: As barreiras de acesso aos exames no acompanhamento pré-natal estão relacionadas principalmente aos recursos escassos na saúde destinados à atenção primária; à lentidão no processo de agendamento e realização; e, a falta de recursos da gestante para arcar com os custos de exames não realizados pelo sistema público. As publicações também evidenciaram os aspectos positivos para as gestantes que iniciaram pré-natal precoce.

Palavras-chaves: Cuidado Pré-Natal; Gestantes; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Prenatal monitoring is essential to reducing maternal and neonatal morbidity and mortality rates. However, organisational barriers may hamper access to the actions and services carrying on with the fragmentation and quality of care.

Objectives: To analyse in the Brazilian scientific production the access barriers to performing screenings during prenatal monitoring.

Methods: Integrative review of publications searched in the bibliographic databases of Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS), Nursing Database (BDENF), and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), published in Portuguese, English, and Spanish from 2005 to 2015.

Results: Of 708 articles searched, 15 met the inclusion criteria. The studies were systematised and led to four categories for analysis: (1) Sluggishness in the process of exam scheduling, sample collection, and releasing of results; (2) Insufficient quotas for the primary care screenings; (3) Lack of resources of the pregnant women; and (4) Adequacy of screenings related to the early onset of prenatal care.

Conclusions: The access barriers to screenings in the prenatal monitoring are mainly related to the scant health resources devoted to primary care; sluggishness in the process of scheduling and running of tests; and to the lack of resources of the pregnant woman, who cannot afford the costs of examinations not covered by the public health system. The publications also highlighted the positive aspects for the pregnant women who had an early onset of prenatal care.

Keywords: Prenatal care; Pregnant women; Access to healthcare services.

RESUMEN

Introducción: El seguimiento prenatal es fundamental para la reducción de las tasas de morbimortalidad materna y neonatal. Sin embargo, barreras organizacionales pueden dificultar el acceso a las acciones y servicios cursando con la fragmentación del cuidado y de la calidad de la asistencia.

Objetivos: Analizar en la producción científica brasileña, las barreras de acceso a la realización de exámenes en el seguimiento prenatal.

Método: Revisión integrativa de publicaciones en las bases científicas de la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Base de datos de Enfermería (BDENF) y Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), publicados en los idiomas portugués, inglés y portugués en el período de 2005 a 2015.

Resultados: El proceso de búsqueda resultó en 708 artículos de los cuales 15 cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios se resumen y se produjeron cuatro categorías para el análisis: (1) proceso de programación lenta, la recogida y liberación de los resultados; (2) Cuotas insuficientes de los exámenes destinados a la atención primaria; (3) Falta de recursos de las gestantes; y (4) Adecuación de los exámenes relacionados al inicio precoz del prenatal.

Conclusiones: Las barreras de acceso a los exámenes en el seguimiento prenatal están relacionadas principalmente con los recursos escasos en la salud destinados a la atención primaria; a la lentitud en el proceso de programación y realización; y la falta de recursos de la gestante para cubrir los costos de exámenes no realizados por el sistema público. Las publicaciones también evidenciaron los aspectos positivos para las gestantes que iniciaron prenatal temprano.

Palabras claves: Cuidado Prenatal; Gestantes; Accesibilidad a Los Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

A principal finalidade da atenção pré-natal consiste em acolher a gestante e oferecer assistência integral, humanizada e de qualidade que assegure o bem-estar materno e fetal, contribuindo para desfechos favoráveis e positivos. Esse acompanhamento visa a orientar hábitos saudáveis, preparar para o parto, realizar diagnóstico e tratamento de doenças preexistentes ou decorrentes da própria gestação e reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil (Dias Corrêa, Tsunehiro, Oliveira & Bonadio, 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam alguns indicadores como parâmetros de referência da qualidade pré-natal de risco habitual na atenção primária, dentre eles a disponibilidade de todos os exames em tempo oportuno (Felisbino-Mendes & Matosinhos, 2016).

Para Starfield (2002) todos os serviços deveriam ser adequadamente acessíveis. O primeiro contato (acesso) traz em si a ideia de que em um sistema de saúde organizado existe um ponto de entrada (porta de entrada) de fácil acesso para cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam cuidado, vínculo e resolutividade.

No entanto, alguns determinantes sociais da saúde, como a pobreza, o desemprego, a falta de informação, a baixa escolaridade, a ausência de moradia e a falta de acesso aos serviços de saúde marcam a forma como vivem muitas dessas gestantes. Inseridas em um cenário de vulnerabilidade e de exclusão social desconhecem os direitos constitucionais expressos no artigo n. 196 da Constituição Federal (1988): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Seção II - Saúde).

O termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados na garantia de seus direitos de cidadania. A vulnerabilidade social se caracteriza pelo contexto econômico, político e social, que dizem respeito à estrutura disponível de acesso a informações, financiamentos, serviços, bens culturais, liberdade de expressão, entre outros, refere-se à condição em que se encontram as classes mais pobres e menos favorecidas da sociedade. A falta de acesso à realização dos exames básicos no pré-natal, por exemplo, aponta que uma pessoa ou grupo social está em uma situação de vulnerabilidade social por estar excluída do acesso a um direito que foi garantido a todos pela Constituição cidadã (Silva, Malta de Mello, Mello, Ferriani, Sampaio & Oliveira, 2014).

Diante das desigualdades regionais e sociais do país, garantir a inclusão de todas as pessoas a todos os direitos torna-se difícil quando o subfinanciamento é considerado um problema crônico na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (Mendes, 2013). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), no Brasil a parcela do orçamento federal destinada à saúde (8%) é menor, inclusive, do que a média dos países africanos (10,6%) e a média mundial (11,7%). Dez anos atrás, no entanto, a situação era ainda pior: apenas 4,7% dos gastos públicos eram investidos na saúde, o que é considerado um número vergonhoso se comparado a outros países, como Suíça (21%), Holanda (20%) e Estados Unidos (19%). Na Saúde, alocar recursos financeiros ou físicos, de maneira mais eficiente e equitativa, é um desafio que o gestor e os profissionais enfrentam cotidianamente (Granja, Zoboli & Fracoli, 2013).

O subfinanciamento e a má gestão dos recursos escassos comprometem a efetivação dos princípios constitucionais do SUS que não se concretizam na realidade dos pontos de atenção à saúde nem no cotidiano dos usuários (Bittencourt, 2013). As desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso à utilização dos serviços expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social, o que caracteriza situações de vulnerabilidade e de injustiça social (Giovannella, Escorel, Lobato, de Carvalho Noronha & Carvalho, 2012). A dinâmica do SUS não deveria traduzir apenas a busca por um sistema eficiente e efetivo, mas fundamentalmente resgatar a construção de uma sociedade na qual a igualdade e a solidariedade constituem valores fundamentais (Iturri, 2013).

A assistência adequada à gestação se manifesta na redução dos coeficientes de morbimortalidade materno-infantil. Para uma redução substancial da mortalidade materna, deve-se buscar a integração dos cuidados de emergência com a melhoria na qualidade dos cuidados da saúde materna, desde a gestação (Souza et al., 2013). O aumento da diversidade nas causas de morbimortalidade materna constitui importante desafio para as políticas e programas que visam atender às necessidades variadas com diferentes tipos de cuidados em diferentes contextos (Graham, Woodd, Byass, Filippi, Gon, Virgo, ... & Singh, et al., 2016).

O acesso aos exames básicos preconizados pelo Ministério da Saúde no acompanhamento pré-natal é importante para a qualidade da assistência à saúde do binômio e, por motivos diversos, muitas gestantes chegam à maternidade sem esses resultados, excluídas

assim, do benefício desse direito. Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar, na produção científica brasileira, as barreiras de acesso a realização de exames no acompanhamento pré-natal.

1. MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa de literatura, método que tem por objetivo reunir, avaliar e conduzir uma síntese dos resultados de múltiplos estudos publicados de forma sistemática, ordenada e abrangente. A revisão seguiu as etapas da elaboração de um protocolo, contemplando a definição da pergunta de norteadora, as estratégias para a busca de publicações científicas, a coleta de dados, a análise crítica dos estudos, a discussão dos resultados e a síntese de dados (Casagrande, 2016; Carvalho et al., 2017).

Diante dos obstáculos que as gestantes encontram para realizar os exames básicos, surgiu a seguinte questão norteadora: O que evidenciam as produções científicas brasileiras sobre as barreiras de acesso à realização dos exames básicos de rotina durante o acompanhamento pré-natal?

A busca da literatura e a seleção dos artigos foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2016 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) utilizando uma combinação de descritores controlados, termos contidos no vocabulário estruturado *Descritores em Ciências da Saúde* (DECS). A estratégia utilizada para obtenção das publicações teve como eixo norteador a busca entre os seguintes descritores (“cuidado pré-natal” AND gestantes OR “baixo risco” AND “acesso aos serviços de saúde” OR “avaliação em saúde”). E para o Medical Subject Headings (MeSH) foi utilizada a busca entre os seguintes descritores (“pregnant care” [MeSH Terms] AND (“pregnancy” [MeSH Terms] OR “prenant woman” [MeSH Terms]) AND (health services accessibility” [MeSH Terms] OR “health assessment” [MeSH Terms])).

Estabeleceram-se como critérios de inclusão estudos que dessem resposta ao objetivo proposto, em *full text*, indexados nas bases de dados da LILACS, BDENF e MEDLINE, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre 2005 a 2015.

Por se tratar de pesquisa realizada em bases de dados, com artigos científicos considerados de domínio público, não houve necessidade de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa para revisão ética. No entanto, foram observados os requisitos relacionados à responsabilidade dos pesquisadores no que se refere à fidedignidade dos dados apresentados.

2. RESULTADOS

A Figura 1, contempla o fluxograma com a descrição da busca dos artigos revisados. O processo de busca de manuscritos nas bases de dados resultou em 708 estudos. Posteriormente foi realizada a leitura dos títulos e resumos para exclusão de artigos repetidos ou que não se encaixassem nos critérios de elegibilidade. Destes, 563 foram eliminados por não estarem relacionados ao tema da pesquisa e 125 por se encontrarem repetidos.

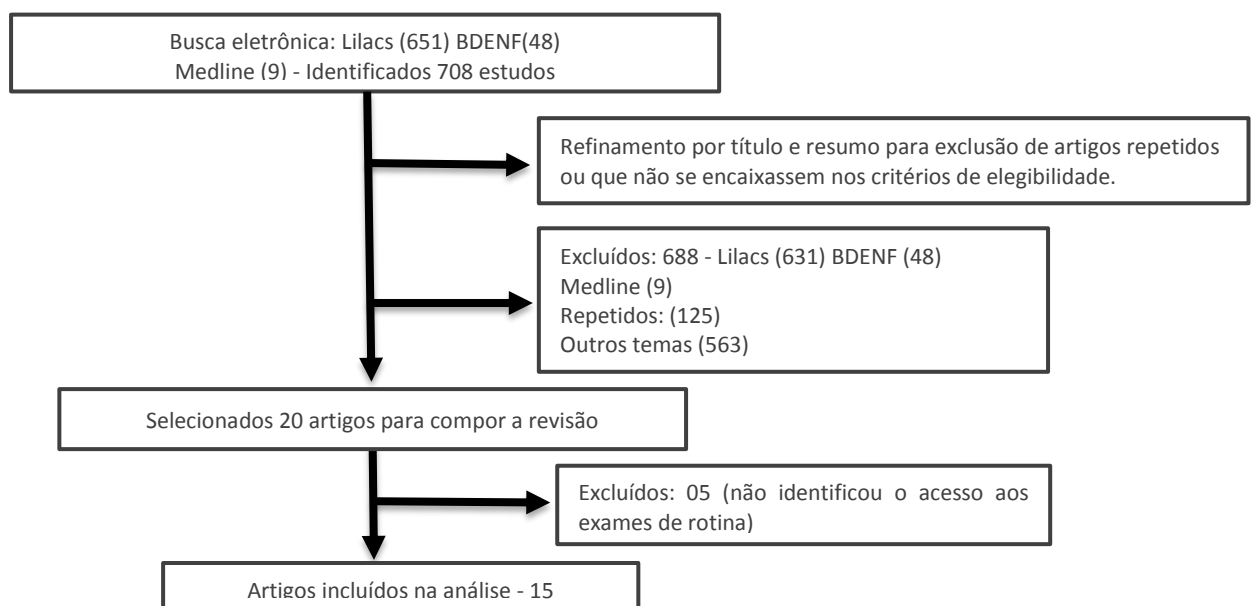


Figura 1. Fluxograma com a descrição das etapas de obtenção dos artigos revisados

Verificou-se que a maioria dos artigos tem delineamento descritivo, transversal, publicados em língua portuguesa (100%), no período de 2008 a 2013, em periódicos diversos, com a totalidade das publicações na base de dados da LILACS.

Foram selecionadas 20 publicações que foram lidas na íntegra, destas, cinco foram excluídas por não se identificar na leitura do texto o acesso aos exames básicos de rotinas realizados no acompanhamento pré-natal, mas apenas tratar do registro nos cartões da gestante. Eleitos 15 artigos que foram analisados segundo as seguintes variáveis: ano de publicação, autores, título, periódico e método de pesquisa utilizado.

Os resultados dos estudos incluídos foram sistematizados segundo as semelhanças dos dados analisados em cada pesquisa. Originaram-se, a partir disso, as seguintes categorias para a descrição e discussão de resultados: (1) lentidão no processo de liberação dos resultados, (2) quotas insuficientes destinadas a atenção primária à saúde. (03) falta de recursos financeiros das gestantes e (4) adequação dos exames relacionada ao início precoce do pré-natal. A síntese e a interpretação de dados fundamentaram-se nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos.

Das quinze publicações analisadas e que se relacionavam ao acesso das gestantes à realização dos exames básicos de rotina, quatro apontaram a dificuldade no acesso devido à lentidão no agendamento, coleta e liberação; dois estudos indicaram a diminuição nas quotas destinadas à atenção primária, três estudos evidenciaram a falta de recursos das gestantes para pagar pelos exames não disponíveis pelo SUS; e, cinco estudos, revelaram que as gestantes que iniciaram pré-natal precoce obtêm maior adequação no processo de realização dos exames e obtenção dos resultados, detalhadas abaixo, na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos artigos revisados

ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO	MÉTODO
LENTIDÃO NO PROCESSO DE LIBERAÇÃO DOS RESULTADOS				
2015	Silva, Alves, Rodrigues, Padoin, Branco & Souza.	A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal	Rev Pesquisa Cuid Fundam	Descritivo Exploratório
2015	Leal, Teme-Filha, Moura, Cecatti & Santos.	Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste	Rev Bras Saúde Matern Infantil	Inquérito de base populacional
2011	Peixoto, Campos, Teles, Freitas, Paula & Damasceno.	O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica	Rev de Enferm UERJ	Descritivo Transversal
2013	Paris, Martins & Pelloso.	Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados	Rev Bras de Ginecol Obst	Transversal
QUOTAS INSUFICIENTES DOS EXAMES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
2015	Degli Esposti, Oliveira, Santos Neto, & Travassos.	Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo	Saúde e Sociedade	Análise do conteúdo temático de Bardin
2012	Santos Neto, Oliveira, Zandonade, Gama & Leal.	O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?	Cad de Saúde Pública	Epidemiológico Transversal
2012	Pimentel, Sá, Ferreira & Silva.	Perfil clínico-social das gestantes atendidas numa unidade docente-assistencial baseada no modelo de saúde da família	Rev Baiana de Saúde Pública	Descritivo

ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO	MÉTODO
2009	Almeida & Tanaka.	Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	Rev de Saúde Pública	Estudo de Caso
FALTA DE RECURSOS DAS GESTANTES PARA CUSTEAR OS EXAMES				
2008	Rasia & Albernaz	Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	Rev Bras Saúde Matern Infantil	Transversal
2009	Gonçalves, César & Mendoza-Sassi.	Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional	Cad de Saúde Pública	Transversal
ADEQUAÇÃO DOS EXAMES RELACIONADO AO INÍCIO PRECOCE DO PRÉ-NATAL				
2013	Domingues, Leal, Hartz, Dias & Vettore.	Acesso e utilização dos serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil	Rev Bras de Epidem	Descritivo Transversal
2013	Hass, Teixeira & Beghetto.	Adequabilidade da assistência pré- -natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS	Rev Gaúcha de Enferm	Coorte histórica
2013	Oliveira, Benedett, Paula, Rossoni, Grellman, Grzybowski...& Antonioli.	Avaliação do processo de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Chapecó, Brasil	Arq Catarin Med	Transversal
2011	Andreucci, Cecatti, Macchetti & Sousa.	Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante	Rev de Saúde Pública	Transversal
2008	Chrestani, Santos, César, Winckler, Gonçalves & Neuman.	Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil	Cad de Saúde Pública	Transversal

3. DISCUSSÃO

A Atenção Primária à Saúde, porta de entrada da rede de atenção à saúde, ordenadora e coordenadora do cuidado, *locus* onde se acompanha o pré-natal de baixo risco, tem por objetivo oferecer o acesso universal e a integralidade das ações e serviços dentro da linha de cuidado materno-infantil. Diversas estratégias têm sido utilizadas para que o repasse de recursos que financiam as demandas da sociedade seja efetivado na prática e se cumpram os princípios doutrinários e organizativos do SUS. A universalidade do direito à saúde e a garantia da integralidade da atenção expressam a solidariedade social e o compromisso da sociedade com o respeito ao atendimento das necessidades de saúde. O direito à saúde compreende o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Cappelletti & Andrade, 2016).

A Tabela 1, apresenta o apanhado das publicações relacionadas ao acesso das gestantes à realização dos exames básicos de rotina durante o acompanhamento pré-natal. As publicações caracterizaram a diversidade de barreiras existentes no acesso a realização dos exames, conforme condições sociais, regionais, geográficas, demográficas e políticas da qual a gestante faz parte. Evidencia, também, os aspectos positivos para aquelas que iniciam pré-natal precoce.

Lentidão no processo de agendamento, realização e liberação dos resultados

Quatro estudos (Silva et al., 2015; Leal et al., 2010; Peixoto et al., 2011 & Paris et al., 2013) identificaram padrão similar com relação à lentidão no processo de liberação dos resultados dos exames. As mulheres confirmaram o acesso à realização dos exames, no entanto, a demora para coleta e recebimento dos resultados foi fator estressante nas consultas subsequentes. Existe a hipótese de algumas delas terem realizado apenas parte dos exames em função da dificuldade na sua marcação ou da falta de reagentes.

Os autores ressaltaram a importância dos exames na rotina do pré-natal para o monitoramento e a classificação do risco pré-natal. A baixa porcentagem dos exames no atendimento privado e principalmente no público, mostram deficiência na qualidade

da assistência. Acreditam que alguns exames podem ter sido realizados e não anotados no cartão da gestante (Paris et al., 2013). A literatura tem demonstrado que a demora nos resultados dos exames é uma das maiores limitações na qualidade do seguimento pré-natal, além de acarretar insatisfação às gestantes, que chegam ao local do parto sem o registro dos exames no cartão de pré-natal (Pereira et al., 2015 & Dias Corrêa et al, 2014).

Quotas insuficientes dos exames para a Atenção Primária à Saúde

Os recursos limitados na saúde que impedem que os princípios doutrinários e organizativos do SUS se efetivem no dia-a-dia dos usuários foram identificados em seis estudos analisados (Degli Esposti et al., 2015; Santos Neto et al., 2012; Pimentel et al., 2012 & Almeida & Tanaka, 2009). As gestantes relataram a realização de exames em instituições privadas, para garantir que os resultados estivessem disponíveis para a consulta. Não é possível ignorar o fato de que existem desigualdades regionais e sociais, que os desafios enfrentados pelo SUS no que se refere ao subfinanciamento é um problema crônico, o que concorre para a escassez de recursos. Isso significa erro conceitual com repercussões práticas significativas, ocasionando riscos graves ao objetivo de aplicação adequada dos recursos limitados da saúde, tanto do ponto de vista da eficiência quanto do da justiça (Fleury, 2012).

Estudos mostraram que o esgotamento das quotas de exames para os serviços de atenção primária foi a causa mais citada como barreira à realização destes. Outros fatores também foram indicados, por exemplo, agendar a coleta posterior a data da próxima consulta; não procurar o laboratório; dificuldade de acesso à unidade, falta de dinheiro e de tempo; e distância entre a residência e laboratório (Pimentel et al., 2012; Almeida & Tanaka, 2009).

A característica de acesso mais importante é a disponibilidade de serviços, equipamentos e recursos humanos. No entanto, a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, culturais, entre outras, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem os serviços de saúde. Do ponto de vista dos territórios, em geral, quanto maior a distância, menor a utilização do serviço de saúde (Giovannella et al., 2012).

A partir do cenário atual de avanços tecnológicos e científicos é compreensível que as necessidades de saúde sejam mais amplas que os recursos disponíveis, que os gestores não atendam completamente à demanda da população, ficando muitos usuários de fora do acesso ou mesmo da integralidade das ações. Essa realidade, no entanto, atinge principalmente a população mais pobre, que não tem dinheiro para exames particulares nem comprar remédios na farmácia sem comprometer a renda familiar (Cappelletti & Andrade, 2016).

A falta dos registros nos cartões de pré-natal pode ser erroneamente interpretada como a não realização dos exames (Pimentel et al., 2011). A incompletude de registro dos exames no 1º trimestre foi identificada em torno de 20 a 50%. Na 2ª rotina, todos sem exceção, apresentaram incompletude maior ou igual a 50%. Os registros revelam a passagem da gestante pelos serviços, os campos em branco nos cartões sugerem a passagem nos serviços sem registro. Apenas a passagem burocrática pelos serviços de saúde não promove qualidade da atenção, visto que a resolutividade relacionada à capacidade de um serviço cumprir o que lhe compete é parte fundamental do processo de cuidar (Santos Neto et al., 2012).

A possibilidade de falhas na execução dos exames por insuficiência de insumos específicos, restrição de quotas, equipamentos danificados, demora no agendamento da coleta, liberação do resultado e, extravio das amostras também foi relatada por outros estudos (Dias Corrêa et al., 2014; Ferreira do Val & Nichiata, 2014). Esse tipo de barreiras organizacionais, como a conveniência do horário de funcionamento, tempo de espera para atendimento, gerenciamento nas quotas dos exames, recursos humanos escassos, equipamentos danificados são características organizacionais que podem dificultar o acesso ao serviço (Giovannella et al., 2012).

Nem mesmo a Lei N. 8.080 de 1990 que garante acesso universal e igualitário da população às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tem assegurado quotas suficientes para a demanda dos serviços. Esse compromisso assumido pelo país ao se declarar como um Estado Democrático de Direito, garantidor dos direitos fundamentais do homem precisa ser resgatado pelo povo e pelo poder público. A saúde é matéria de competência de todos os entes da federação, de forma a garantir os recursos e a melhor estratégia operacional para cada região dentro do sistema macro de gestão da saúde (Cappelletti & Andrade, 2016).

Falta de recursos das gestantes para pagar os exames não disponíveis pelo SUS

Estudos evidenciaram que a realização da rotina básica preconizada pelo PHPN é concretizada entre gestantes de maior renda e que os grupos sociais mais vulneráveis recebem pré-natal deficiente (Rasia & Albernaz, 2008; Gonçalves et al., 2009). Barreiras financeiras constituem importantes obstáculos à utilização de serviços de saúde. As gestantes pobres utilizam menos serviços em resposta a barreiras financeiras do que aquelas com condição financeira elevada. Quando os exames não estão disponíveis pelo SUS, as mulheres de baixa renda não poderão pagar pela sua realização (Giovannella et al., 2012). Redução de barreiras de acesso aos serviços de pré-natal, à testagem sorológica, ao diagnóstico e tratamento são importantes para o melhor manejo e o controle de doenças na gestação, sendo necessárias estratégias diferentes para os diversos tipos de serviço de saúde (Domingues et al., 2013).

Entende-se que a justa priorização de recursos deve ser explicitada, aprimorando as formas de participação real da comunidade no processo de tomada de decisões. Uma corrente de pensamento bastante difundida pelos gestores do setor de saúde é o utilitarismo. Para eles, o correto, o justo, seria a alocação de recursos que proporcionassem maior benefício, para um maior número de pessoas (Granja et al, 2013).

Adequação dos exames relacionados ao início do Pré-natal precoce

Cinco estudos incluídos nessa revisão (Domingues et al., 2013; Hass, Teixeira & Beghetto, 2013; Oliveira et al., 2013; Andreucci et al., 2011 & Chrestani et al., 2008) identificaram que a “adequação dos exames” esteve fortemente associada ao início precoce do pré-natal e a realização de seis ou mais consultas. Comparando-se os anos de 2002 e 2005, foram encontradas melhorias expressivas na maioria dos indicadores de assistência à gestação e ao parto em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste (Chrestani et al., 2008). Embora se tenha observado crescimento importante na realização desses exames, os índices estão muito aquém do que se deseja para uma assistência considerada de qualidade. Considerando os achados de estudos brasileiros (Fonseca et al., 2014; Martinelli, et al., 2014), as mulheres com menor renda familiar, menor escolaridade e não-brancas são as que ingressam tardiamente na vigilância pré-natal. Quando a realizam, esta é de mais baixa qualidade, revelando que a vulnerabilidade e a desigualdade social concorrem para maximizar condições inadequadas de assistência pré-natal.

De modo geral, as condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Essas condições de saúde são influenciadas por determinantes sociais que afetam diretamente os grupos sociais. No entanto, serviços adequados de atenção primária à saúde podem contribuir para a redução das desigualdades sociais nas condições de saúde (Giovannella et al, 2012). O SUS vem implementando políticas de promoção da equidade, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos. Determinantes sociais da saúde sofrem influência do nível de escolaridade, renda familiar, condições de habitação, acesso a água, saneamento e serviços de saúde, entre outros que poderiam ser mencionados (Sousa Campos & Pereira Júnior, 2016).

Considerando a importância de se trabalhar para garantir o acesso aos serviços de saúde, a Rede Cegonha, programa do Governo Federal, formulada no contexto da organização da Rede de Atenção à Saúde, visa estruturar a gestão do sistema, com a organização da rede de atenção à saúde materna e infantil em níveis de assistência regionalizados e hierarquizados, com garantia de vaga a partir do início do pré-natal, diversidade de pontos de atenção, efetividade da regulação e ordenamento do sistema. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços, de forma que o acesso possa ser igual para todas as mulheres, independente do grupo social a que pertença (Carvalho et al., 2017).

CONCLUSÕES

As publicações analisadas apresentam evidências relevantes de barreiras de acesso à realização dos exames de vigilância pré-natal, dentre eles, os recursos escassos na saúde que inviabilizam a integralidade das ações na APS; a lentidão no processo de realização e liberação dos resultados que levam a incompletude dos cartões de pré-natal; e a falta de dinheiro da gestante para pagar pelos exames não disponíveis pelo SUS.

A incompletude identificada pela falta de registro, reforça a necessidade de cursos de aprimoramento para os profissionais de saúde, com enfoque no preenchimento e valorização do cartão da gestante, como ferramenta importante de comunicação entre a equipe e que agrega as informações necessárias à tomada de decisão em caso de identificação de risco gestacional.

Recomenda-se delimitar prioridades para estudos futuros e aprofundamento do tema, assim como, estudos que avaliem as políticas públicas destinadas à saúde da mulher, os programas nacionais, regionais e a gestão local, com ênfase aos recursos escassos na saúde, questões de financiamento e gestão dos recursos destinados à atenção primária à saúde.

Torna-se imprescindível que gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, conselhos de saúde e a própria comunidade busquem caminhos possíveis para melhorar a eficiência e a efetividade do SUS no que se refere à ampliação das ações de promoção da saúde, melhoria da gestão das unidades, controle dos recursos limitados ou redefinição de competências nos diversos níveis da gestão. O desafio político é tornar o acesso ao SUS disponível para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. A. L., & Tanaka, O. Y. (2009). Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Revista de saúde pública*, 43(1), 98-104.
- Andreucci, C. B., Cecatti, J. G., Macchetti, C. E., & Sousa, M. H. (2011). Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Revista de Saúde Pública*, 45(5), 854-864. Acedido em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/2011nahead/2438.pdf>

- Bittencourt DAS (Org). (2013). *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e a atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp.
- Carvalho, E.M.P., Göttems, L.B.D, Monteiro, S.N.C., Guilhem, D. B., & Ribeiro, L. M. (2017). O acesso aos exames básicos no atendimento pré-natal: Revisão Integrativa. *CIAIQ 2017*, 2. Acedido em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1199/1160>
- Casagrande, L. P. (2016). Assistência de enfermagem na qualidade de vida do idoso: revisão integrativa. *Saúde. com*, 11(4). Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/297>
- Cappelletti, P., & Andrade, M. (2016). A questão da judicialização da saúde na realidade jurídica brasileira: um reflexo da omissão do estado em seu dever de garantir este direito fundamental. *Revista Thesis Juris*, 5(2). Acedido em: <http://www.revistartj.org.br/ojs/index.php/rtj/article/view/169/pdf>
- Chrestani, M. A. D., Santos, I. S., Cesar, J. A., Winckler, L. S., Gonçalves, T. S., & Neumann, N. A. (2008). Health care during pregnancy and childbirth: results of two cross-sectional surveys in poor areas of North and Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7), 1609-1618. Acedido em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n7/16.pdf>
- CONSTITUTION OF BRAZIL. (1988). Retrieved November 15, 2017, from <http://www.v-brazil.com/government/laws/titleVIII.html>
- Degli Esposti, C. D., Oliveira, A. E., dos Santos Neto, E. T., & Travassos, C. (2015). Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 765-779.
- Dias Corrêa, M., Tsunehiro, M. A., de Oliveira Pimentel Lima, M., & Bonadio, I. C. (2014). Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1). Acedido em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033339004/>
- Domingues, R.M.S.M, do Carmo Leal, M., de Araújo Hartz, Z. M., Dias, M. A. B., & Vettore, M. V. (2013). Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, 16(4), 953-65.
- Ferreira do Val, L., & Yasuko Izumi Nichiata, L. (2014). A integralidade ea vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1). Acedido em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033339021/>
- Felisbino-Mendes M.S. & Matozinhos F.P. (2016) Ciclo gravídico-puerperal: sistematização da assistência de enfermagem como foco na Atenção Primária à Saúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras; Morais S.C.R.V., Souza K.V., Duarte E.D., organizadoras. PROENF Programa de atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 8. Porto alegre: Artmed Panamericana.
- Fleury, S. (2012). Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em debate*, 36(93), 159-162. Acedido em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763003.pdf>
- Fonseca, S. C., Monteiro, D. D. S. A., Pereira, C. M. D. S. C., Scoralick, A. C. D., Jorge, M. G., & Rozario, S. D. (2014). Inequalities in prenatal care in a southeastern city in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 1991-1998.
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. D. V. C., de Carvalho Noronha, J., & de Carvalho, A. I. (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Gonçalves, C. V., Cesar, J. A., & Mendoza-Sassi, R. A. (2009). Quality and equity in prenatal care: a population-based study in Southern Brazil. *Cadernos de saude publica*, 25(11), 2507-2516.
- Granja, G. F., Zoboli, E. L. C. P., & Fracolli, L. A. (2013). The discourse of managers on equity: a challenge for Brazil's Unified Health System (SUS). *Ciencia & saude coletiva*, 18(12), 3759-3764. Acedido em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n12/a32v18n12.pdf>
- Graham, W., Woodd, S., Byass, P., Filippi, V., Gon, G., Virgo, S., ... & Singh, S. (2016). Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *The Lancet*, 388(10056), 2164-2175. Acedido em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31533-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31533-1/fulltext)
- Hass, C. N., Teixeira, L. B., & Beghetto, M. G. (2013). Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. *Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 34, n. 3 (2013), p. 22-30*. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10183/85471>
- Iturri, J. A. (2013). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 3101-3103. Acedido em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n10/v18n10a35.pdf>
- Leal, M.C, Theme-Filha, M. M., de Moura, E. C., Cecatti, J. G., & Santos, L. M. P. (2015). Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 15(1).
- Martinelli, K.G., Santos Neto E.T., Gama, S.G., Oliveira AE. (2014). Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 36(2), 56-64.
- Mendes, E. V. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *estudos avançados*, 27(78), 27-34. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>

- Oliveira, P. P., Benedett, A., de Paula, D., Rossoni, J., Grellmann, J. K., Grzybowski, L. S., ... & Antonioli, M. A. (2013). Avaliação do processo de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Chapecó, Brasil. Acedido em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1229.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2013). ONU: quanto se gasta com saúde no mundo por habitante e por PIB. [periódico na internet]. Acedido em: <http://www.humanosdireitos.org/noticias/denuncias/619-ONU--quanto-se-gasta-com-saude-no-mundo-por-habitante-e-por-PIB.htm>.
- Paris, G. F., Martins, P. M., & Pelloso, S. M. (2013). Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev bras ginecol obstet*, 447-452. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/04.pdf>
- Peixoto, C. R., Campos, F. C., Teles, L. M. R., Freitas, L. V., Paula, P. F. D., & Damasceno, A. K. D. C. (2011). O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev. enferm. UERJ*, 286-291. Acedido em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a19.pdf>
- Pereira, K. G. P., de Abreu, R. M., Leite, E. D. S., de Sousa, A. K., & de Farias, M. D. C. (2015). Atenção à saúde da mulher no pré-natal. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 5(4), 01-08.
- Pimentel, K., Sá, C. M. M., Ferreira, N., & Silva, T. O. D. (2012). Perfil clínico-social das gestantes atendidas numa unidade docente-assistencial baseada no modelo de saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(2), 239. Acedido em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2439.pdf>
- Rasia, I. C. R. B., & Albernaz, E. (2008). Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Santos Neto, E. T., Oliveira, A. E., Zandonade, E., da Gama, S. G. N., & do Carmo Leal, M. (2012). O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? Prenatal patient cards and quality of prenatal care. *Cad. Saúde Pública*, 28(9), 1650-1662.
- Silva, A.L., Herdy Alves, V., Pereira Rodrigues, D., de Mello Padoin, S. M., Lutterbach Riker Branco, M. B., & de Mattos Pereira de Souza, R. (2015). A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(2). Acedido em: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750946010/>
- Silva, M. A. I., Mello, F. C. M. D., Mello, D. F. D., Ferriani, M. D. G. C., Sampaio, J. M. C., & Oliveira, W. A. D. (2014). Vulnerability in adolescent health: contemporary issues. *Ciencia & saude coletiva*, 19(2), 619-627. Acedido em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00619.pdf>
- Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Vogel, J., Carroli, G., Lumbiganon, P., Qureshi, Z., ... & Neves, I. (2013). Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *The Lancet*, 381(9879), 1747-1755. Acedido em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60686-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60686-8/fulltext)
- Sousa Campos, G. W., & Pereira Júnior, N. (2016). A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9). Acedido em: <http://www.redalyc.org/html/630/63047411002/>
- Starfield, B. (2002). Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde.

Millenium, 2(5), 53-61.

en

SATISFAÇÃO COM A EQUIPA, COM A CONSULTA E COM O GRUPO DE DIABETES EM PESSOAS BRASILEIRAS
SATISFACTION WITH THE TEAM, CONSULTATION AND WITH THE DIABETES GROUP IN BRAZILIAN PEOPLE
SATISFACCIÓN CON EL EQUIPO, CONSULTA Y CON EL GRUPO DE DIABETES EN PERSONAS BRASILEÑAS

Josineide Soares¹

Madalena Cunha²

¹ Health Unit, Arapiraca, Alagoas, Brasil

² CI&DETS, Unit of Research and Development, Superior School of Health, Polytechnic Institute of Viseu (IPV), Portugal

Josineide Soares - josy_soares1974@hotmail.com | Madalena Cunha - mnunes@essv.ipv.pt



Corresponding Author

Madalena Cunha

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

RECEIVED: 26th november, 2017

ACCEPTED: 18th january, 2018

RESUMO

Introdução: A prevalência da diabetes tipo 2 está a aumentar em todo o mundo. Esta é uma doença crónica, associada a graves complicações, resultando em elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (*International Diabetes Federation, 2014*).

Objetivo: Determinar o grau de satisfação das pessoas com diabetes tipo 2 em relação à equipa, à consulta e ao grupo de diabetes.

Métodos: No presente estudo descritivo, a amostra, não probabilística por conveniência, é constituída por 30 pessoas com diabetes tipo 2, dos quais 37% do género masculino e 63% do feminino, com idades compreendidas entre 42 e 69 anos com uma média de 57,20 anos que frequentam uma Unidade de Saúde e o Grupo de Diabetes em Arapiraca, Alagoas, Brasil. O instrumento de recolha de dados utilizado incluiu a *Escala de Relacionamento com a Equipa*, *Escala de Satisfação com a Consulta de Diabetes* e a *Escala da Satisfação com o Grupo de Diabetes todas de Cunha & Soares, (2015)*.

Resultados: Os resultados indicam que: tendencialmente 40,0% dos doentes relatam um bom relacionamento com a equipa; sendo a prevalência de doentes muito satisfeitos com a consulta de 76,7%. Contudo a satisfação com o grupo de diabetes não é consensual pois 40,0% dos doentes sentem-se insatisfeitos e com igual valor (40%) estão muito satisfeitos).

Conclusões: Os resultados apontam para a importância da avaliação da satisfação dos doentes com diabetes em relação à equipa, consulta e grupo, assumindo-se como um critério e um indicador de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, ajudando os profissionais a satisfazer as necessidades das pessoas a vivenciarem a situação de doença crónica.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus tipo 2; Satisfação; Consulta; Grupo; Equipa.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of type 2 diabetes is increasing worldwide. This is a chronic disease associated with serious complications, resulting in high morbidity and mortality (*International Diabetes Federation, 2014*).

Objective: To determine the degree of satisfaction of people with type 2 diabetes in relation to the team, the consultation and the diabetes group.

Methods: In the present descriptive study, the non-probability sampling consists of 30 people with type 2 diabetes, of which 37% are male and 63% are female, aged between 42 and 69 years with an average of 57.20 years attending the Health Unit and the Diabetes Group in Arapiraca, Alagoas, Brazil. The data collection instrument used was the Relationship with Team Scale; Satisfaction during Diabetes Consultation Scale; and Satisfaction with Diabetes Group Scale Cunha & Soares (2015).

Results: The results indicate that 40.0% of the patients have a good relationship with the team, most of the patients (76.7%) are very satisfied with the query. However, the diabetes group satisfaction is not consensual, thus, 40.0% of patients feel dissatisfied while another 40% are very satisfied.

Conclusions: The results highlight the importance of the satisfaction of diabetes patients to the team, consultations and the group, helping them to meet their needs and their experience in the situation of chronic disease, as a professional evaluation criteria and a quality indicator.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Satisfaction; Query; Group; Team

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de la diabetes tipo 2 está aumentando en todo el mundo. Es una enfermedad crónica, asociada a graves complicaciones, resultando en altas tasas de morbilidad y mortalidad (*International Diabetes Federation, 2014*).

Objetivo: Determinar el grado de satisfacción de las personas con diabetes tipo 2 en relación al equipo, a la consulta y al grupo de diabetes.

Métodos: En el presente estudio descriptivo, la muestra, no probabilística por conveniencia, está constituida por 30 personas con diabetes tipo 2, de las cuales el 37% del género masculino y el 63% del género femenino, con edades comprendidas entre 42 y 69 años con una media de 57,20 años que frecuentan una Unidad de Salud y el Grupo de Diabetes en Arapiraca, Alagoas, Brasil. El instrumento de recogida de datos utilizado incluyó la *Escala de Relación con el Equipo*, *Escala de Satisfacción con la Consulta de Diabetes* y la *Escala de la Satisfacción con el Grupo de Diabetes todas de Cunha & Soares, (2015)*.

Resultados: Los resultados indican que: el 40,0% de los pacientes reportan una buena relación con el equipo; siendo la prevalencia de pacientes muy satisfechos con la consulta del 76,7%. Sin embargo, la satisfacción con el grupo de diabetes no es la misma pues el 40,0% de los pacientes se siente insatisfechos y con igual valor (40%) están otros muy satisfechos.

Conclusiones: Los resultados apuntan a la importancia de la evaluación de la satisfacción de los pacientes con diabetes en relación al equipo, consulta y grupo, asumiéndose como un criterio y un indicador de evaluación de la calidad de la atención de salud, ayudando a los profesionales a satisfacer las necesidades de las personas a experimentar la enfermedad crónica.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus tipo 2; Satisfacción; Consulta; Grupo; Equipo.

INTRODUCTION

Diabetes is a chronic metabolic endocrine syndrome that is characterized by increased glucose circulating in the blood (hyperglycaemia), resulting from the lack or deficiency of insulin production by the pancreas and/or the inability of the insulin produced to perform its role properly and successfully (National Diabetes Observatory, 2013). This results in an adjustment of the metabolism, physiological changes, in all parts of the body (General Directorate of Health, 2012).

This pathology has a multifactorial origin and the causes that trigger it are still fully unknown. Nevertheless, it is believed that it is probably related to the combination of genetic factors with changes in environmental risk factors (e.g. exposure to certain viral, bacterial or chemical infections) that may trigger autoimmunity phenomena or accelerate the destruction of pancreatic beta cells that are already in progress (Hockenberry & Winkelstein, 2014). In this regard, it is an autoimmune disease that develops after an attack of the immune system against the beta cells of the pancreas, which are the cells responsible for producing insulin (Schmidt, Hoffmann, Diniz et al., 2014). Known as autoimmune diseases, this happens when a certain agent, which may be a virus, a bacterium or a food factor, produces a response of antibodies that is sent to some tissue in the body.

Roughly speaking, diabetes can be considered a heterogeneous disease, with a variable presentation and aetiology. Moreover, the increase in the prevalence of obesity and type 2 diabetes mellitus has become increasingly alarming. Nonetheless, the predominant form in children and adolescents is Type 1 diabetes, mediated by the immune system (Schmidt, Hoffmann, Diniz et al., 2014).

The General Directorate for Health (2012) documents the existence of four etiologically distinct clinical types of diabetes mellitus:

- Type 1 diabetes mellitus, which accounts for 5-10% of all diagnosed cases of diabetes, being the most common metabolic disorder in a very young age. It results from the destruction of the β cells of the pancreas, with absolute insulinopenia, making insulin therapy essential to ensure survival. In most cases, the destruction of β cells occurs through an autoimmune mechanism, which is called autoimmune type 1 diabetes. In some cases, however, the existence of the immune process cannot be documented, known as Idiopathic type 1 diabetes (National Diabetes Observatory, 2013);
- Type 2 diabetes is the most frequent form of diabetes (with about 90-95% of cases) but less frequent in children, resulting from the existence of relative insulinopenia, with a greater or lesser degree of insulin resistance. This type of diabetes usually has a pervasive onset and presents milder symptoms. In general, it manifests itself in adults with a long history of excess weight and a family history of type 2 diabetes. Still, with the obesity epidemic affecting children, there is a significant increase in the incidence of diabetes in younger populations, including children and adolescents (Schmidt, Hoffmann, Diniz et al., 2014);
- Gestational diabetes is associated with any degree of glucose intolerance documented, for the first time during pregnancy, which may result in complications for the new-born child;
- other specific types of diabetes leading to situations in which diabetes is the result of an identified etiopathogenic process, such as: in cases of pancreatic β -cell defects; genetic defects in the role of insulin; diseases of the exocrine pancreas; endocrinopathies, induced by chemicals and/or drugs; infections; other genetic syndromes associated with the disease, as well as unusual forms of autoimmune diabetes (General Directorate for Health, 2012).

Epidemiological data for 2014 show that diabetes has killed 4.9 million people worldwide, with a percentage of 50% of people under the age of 60 (International Diabetes Federation, IDF, 2014). According to forecasts by the IMS Health Diabetes Mellitus Overview (2014) for 2035, there is a strong tendency of the number of diabetics to increase worldwide to a total of 592 million, which represents a worsening of cases of about 55 % of the population. The IDF (2014) estimates that, in 2014, 46% of people did not have a previous diagnosis. It is a metabolic disease that affects a large number of people. Diabetes is a major cause of chronic morbidity and loss of quality of life, in which a person has double the risk of dying when compared to another person of the same age who does not carry this disease. Still, an intensive control of glycaemia allows delaying the appearance of chronic complications for about 15 years (Almeida & Pereira, 2008). This pathology is identified as one of the main causes of blindness, renal failure, lower limb amputations, as well as mortality, considering that 70 to 80% of diabetic people die of cardiovascular disease (Zabetian, Sanchez, Narayan, Hwang & Ali, 2014).

Worldwide, according to the IDF (2014), undiagnosed diabetes accounts for nearly half of the world's population of diabetics, 175 million, and accounting for most of these cases of type 2 diabetes. The same organisation stresses the importance of early diagnosis, which increases the possibility of preventing complications (IDF, 2014).

For that matter, it is necessary to identify early complications that may occur and to recognize the symptomatology of each complication, so that one can intervene and act in the prevention and minimization of its occurrence through health education (Oliveira & Oliveira, 2010). Complications can be reduced if there is periodic monitoring of the organs that may be most affected (eyes, kidneys, peripheral nerves, and vascular system) (National Diabetes Observatory, 2013). This chronic illness suggests that the patient accepts the illness and treatment as a whole, including any negative feelings that may arise (anxiety, pain, fear of discrimination, fear of dying, etc.) and the economic and social costs that can interfere with quality of life. Moreover, diabetes

requires continued care that includes monitoring blood glucose, administering insulin, performing a healthy diet and regular exercise, maintaining good metabolic control, and providing physical growth and development, psychological and social well-being within normality patterns (World Health Organization, 2010).

Acute and chronic complications of diabetes cause high morbidity and mortality, resulting in high costs for the health systems. Thus, the economic and social epidemiological analysis of the increasing number of people with this pathology suggests the need to establish public health policies that minimize the difficulties of these people and their families, and support the maintenance of their quality of life (IDF, 2014). Thus, health education and the follow-up of type 2 diabetes patients are the key to the success of the results obtained. It is a reflexive and critical practice of a partnership between the health professionals of the diabetes consultation and the patients that allows an exchange of knowledge, so that they accept their health condition and are able to take care of themselves, bearing in mind their health condition. This will be one way of consciously obtaining the maximum control of the disease and the maximum power possible over one's life (Nurses' Order, 2011). Hence, the patient has to recognize himself/herself, (re)build his/her ideas and (re)formulate his/her attitudes in order to face and live with his/her illness (Freitas & Sabóia, 2007). Therapeutic education in diabetes consultation should be multidisciplinary. That is, each professional individual carrying out his/her role, yet all suitably qualified to teach the patient with diabetes, so as to act in a cooperative and integrated way to provide psychological support and comprehensive information about the disease and treatment, whether it be to the patient or to his/her caregivers (Ferrito, 2010; Pereira, 2012). In order to ensure continuity of care, the team should facilitate the transfer of appropriate information among all members (Ferrito, 2010). According to Oliveira and Oliveira (2010), the consultation of diabetes is a process of interaction between the health professional and the patient, which requires that the health professional be able to listen and the communication between the both of them is effective. It is necessary that a correct direction of the information is obtained, so that the reality of each patient is understood and oriented so that he/she can live with his/her chronic condition. In addition to an empathic relationship, a holistic view of the patient should be taken into account and qualified care should be provided in a humane way, thus ensuring satisfaction with the care provided in the diabetes consultation (Ferrito, 2010).

In this context, integrating *Patient Groups* may be a therapeutic strategy to consider. It should be noted that a therapeutic group does not only mean putting a group of people in the same physical space, but also creating social networks and sharing experiences. The groups are spaces where there is an environment that is conducive to the sharing of individual needs, problems and experiences, and where information moves between the technical experience of the professionals and the experience of the participants, looking for solutions together. The groups can be classified into three basic models: waiting room groups, closed groups and open groups, collective consultations, each of them with their own specific set of features and characteristics (Ferreira, Bianchini & Flores, 2011). According to those authors, the need and the problems of each participant, can be used in the group activities, as well as in the group's purpose, which should be very specific, with a multiprofessional coordination, meeting on a regular basis — at least three times a week, 50 minutes each time — using different procedures, such as: the motivational interview. The change of behaviours and the education stimulation among peers are the main clinical goals to negotiate with the participants, so you can have consensual activities.

Self care education groups help their patients find healthier ways to address their chronic illness. In addition to the collective healing groups, you can also have an individual care plan, since the group goals can change (Ferreira, Bianchini & Flores, 2011).

In the end, the main goal is to verify the satisfaction of the team and diabetic patients with the consultation and group therapy.

1. METHODS

The study was based on a descriptive research aimed at determining the degree of satisfaction of type 2 diabetic patients in relation to the team, the diabetes consultation and the group. The non-probabilistic sample consisted of 30 people with type 2 diabetes, of whom 37% were male and 63% were female, aged 42-69 years with an average of 57.20 years, attending the Health Unit and the Diabetes Group in Arapiraca, Alagoas, Brazil. Further reading of the age variable was obtained by grouping the different age values into three age groups with amplitudes from 41 to 50 years (26.7%), 51 to 60 years (40.0%) and over 60 years (33.3% %). The majority of people with type 2 diabetes are married (60.0%) or have a partner (66.7%). Concerning the area of residence, all participants live in rural areas. The level of education of the sample is low, since 83.3% report not being able to read or write, which means functional literacy. There is a prevalence of mixed race patients (70%). The majority is Catholic (60%). Regarding family income, diabetic patients with a minimum wage prevail (60%), corresponding to the minimal wage in Brazil.

The data collection instrument used consisted of an ad hoc socio-demographic and clinical questionnaire composed of 11 questions, through which information was collected regarding sex, age, marital status, nationality, residence, literacy, religion and clinical information issues, namely: type of diabetes, disease duration, attending the Health Unit. The scales of Cunha & Soares (2015) built for this purpose were also used: Scale of Relationship with the Team; Scale of Satisfaction During the Diabetes Consultation, in which people assign their satisfaction during the consultation at the Basic Health Unit, using the words excellent, very good, acceptable, weak and very weak; Satisfaction Scale with the Diabetes Group, consisting of 26 questions in

which the person with type 2 diabetes indicated the degree of agreement about the diabetes group, their development in the group and the number of times they went to the Health Unit that they attend.

For the data collection, authorization was requested from the Municipal Health Officer, and a favourable opinion was obtained. The data collection instrument was applied to all of the individuals in the sample, being self-administered to those who were able to fill it out, assisted and administered by the researcher according to the needs. In the latter, the questions were read by the researchers and possible doubts were explained, and their answers were then recorded. Regarding the place where they were applied, this was done before the consultation in the Health Unit, while the participants were in the waiting room, waiting for their consultation. The application of the data collection instrument was preceded by informed consent, guaranteeing all participants the anonymity, confidentiality and final purpose of the collected data.

2. RESULTS

Satisfaction concerning the relationship with the team

The mean value for the overall score of the scale Relationship with the Team was 45.7 (\pm 4.1) points, with a minimum of 37 and a maximum of 56 points. (see Table 1).

Table 1. Statistics relating to the relationship with the team

Gender	n	Min.	Max.	\bar{x}	Sd	CV%	Sk
Male	11	39,0	56,0	45,4	5,3	11,6	0,65
Female	19	37,0	52,0	45,8	3,4	8,2	-0,64
Total	30	37	56,0	45,7	4,1	9,0	0,13

The highest percentage of patients, 63.3%, have a positive relationship with the team. However, only 40.0% have a good relationship and a significant group (36.7%) do not have a good relationship with the health professionals. Regarding gender, it is verified that, among the men, almost half of the sample (45.5%) experienced a bad relationship with the team, whereas only 31.6% of women experienced the same (Table 2). Nevertheless, the statistical differences are not significant ($p=0.73$).

Table 2. Classification of the relationship with the team

Relationship with the team	Gender		Female		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bad Relationship with the team \leq 44,7	5	45,5	6	31,6	11	36,7
Reasonable Relationship with the team 44,8 – 46,6	2	18,2	5	26,3	7	23,3
Good Relationship with the team \geq 46,6	4	36,4	8	42,1	12	40,0
Total	11	100,0	19	100,0	30	100,0

Level of satisfaction during the diabetes consultation

The mean value for the overall score of the scale Satisfaction during the Diabetes Consultation was 3.8 (\pm 0.57), with a minimum of 3.0 and a maximum of 5.0 points. (see Table 3).

Table 3. Statistics regarding the degree of satisfaction during the diabetes consultation

Gender	n	Min.	Max	\bar{x}	Sd	CV%	Sk
Male	11	3,0	5,0	3,8	0,75	19,0	0,32
Female	19	3,0	5,0	3,9	0,45	11,0	-0,50
Total	30	3,0	5,0	3,8	0,57	15,0	0,13

Predominantly (76.7%), the patients are very satisfied with the consultation. It should be noted that no participant was dissatisfied. With regard to gender, the majority of both men and women are very satisfied with the consultation, in which 63.6% represents the male participants and 84.2% the female participants, with no statistically significant differences ($p=0.19$) (see Table 4).

Table 4. Level of satisfaction during the diabetes consultation

Satisfaction with the Diabetes Consultation	Gender	Male		Female		Total	
		n	%	n	%	n	%
Dissatisfied with the Diabetes Consultation $\leq 2,87$		-	0,0	-	0,0	-	0,0
Reasonably satisfied with the Diabetes Consultation 2,88 – 3,93		4	36,4	3	15,8	7	23,3
Very Satisfied with the Diabetes Consultation $\geq 3,94$		7	63,6	16	84,2	23	76,7
Total		11	100,0	19	100,00	30	100,0

Satisfaction with the diabetes group

The mean value for the overall score of the scale Satisfaction with the Diabetes Group was 52.6 (± 5.3), with a minimum of 44 and a maximum of 64 points. (see Table 5).

Table 5. Statistics regarding satisfaction with the diabetes group

Gender	n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd	CV%	Sk
Male	11	44,0	62,	53,6	5,1	11,0	0,04
Female	19	44,0	64,0	52,2	5,4	10,0	0,79
Total	30	44,0	64,0	52,6	5,3	10,0	0,02

In the same proportion, 40.0% of the patients feel dissatisfied and another 40% are very satisfied with the diabetes group. To what concerns gender, it is verified that most men are very satisfied with the diabetes group (45.5%), while 42.1% of the women are dissatisfied. However, there are no statistically significant differences ($p=0.89$) (see Table 6).

Table 6. Level of satisfaction with the diabetes group

Satisfaction with the Diabetes Group	Gender	Male		Female		Total	
		n	%	n	%	n	%
Dissatisfied with the Diabetes Group $\leq 51,3$		4	36,4	8	42,1	12	40,0
Reasonably Satisfied with the Diabetes Group 51,4 – 53,9		2	18,2	4	21,1	6	20,0
Very Satisfied with the Diabetes Group ≥ 54		5	45,4	7	36,8	12	40,0
Total		11	100,0	19	100,0	30	100,0

3. DISCUSSION

The results achieved showed that the level of satisfaction with the majority of the patients (63.3%) had a positive relationship with the team. Nonetheless, it was also observed that in 36.7% of the patients, the relationship with the team is not positive. It should be noted that there was a prevalence of men (45.5%) who experienced a bad relationship with the team, whereas for women, it was only 31.6%. Patrício (2012) carried out a study on the patients' level of satisfaction with the team, and found a very positive degree of satisfaction, especially among female patients. In this study, the behaviours of aid, trust, dedication, intimacy and counselling were the positive characteristics identified in nurses. Negative aspects were due to excessive waiting time and the infrastructures, as it was not an exclusive area for young people. The author points out that one of the objectives

of health professionals in the diabetes consultation is to avoid situations of risk, especially the non-adherence to the therapeutic regimen.

Regarding satisfaction during the diabetes consultation, it was verified that the majority of participants (76.7%) were very satisfied with the consultation. In relation to gender, 63.3% of male participants and 84.2% of female participants are very satisfied with the consultation. These results corroborate the results of a research carried out by Sousa, Peixoto and Martins (2008), which aimed to determine the patients' level of satisfaction with diabetes mellitus in relation to the consultation. The authors observed mean values that indicate a good level of satisfaction with the consultation. In the study conducted by Chaves, Duarte, Mateus, Castro, Marques, Costa, et al (2012), on the satisfaction of adult patients in the diabetes consultation, 43.6% were "very satisfied" with the nursing consultation, 16.9% "satisfied" and 39.5% are "somewhat satisfied". When analysing the level of satisfaction in relation to the diabetes consultation, for each of the genders the authors observed that, in the female sex, quite a sample of peers were "somewhat satisfied" (46.2%) whereas in the male sex, the majority were "very satisfied" (49.5%). With respect to the results regarding satisfaction with the diabetes group, it was found that 60.0% expressed satisfaction, but 40.0% of the patients felt dissatisfied and another 40% shared being very satisfied with the diabetes group. In relation to gender, most of the men are very satisfied (45.5%), while 42.1% of the women were dissatisfied with the diabetes group. These results corroborate those found by Ferreira, Bianchini & Flores (2011), since in their study few patients were not satisfied with the team. Still, there is an analogy between the results found in the present study and those achieved by the authors cited in relation to gender, since it was also observed that men show a greater level of satisfaction when compared to women.

CONCLUSIONS

Type 2 diabetes mellitus, due to the fact that it is a chronic disease for life, doesn't hurt, but causes feelings of apprehension about the future in the patients, and it is up to health professionals and therapeutic groups to educate/support the person so as to cope positively with the implications of the disease. Statistical inferences believe that the empowerment model should be adopted in the diabetes consultation when approaching the person with type 2 diabetes, as a facilitator of a therapeutically more adequate self-management of the disease. Strategies that improve the abilities of these patients and the ability to better manage and better adhere to the correct therapeutic regimen are necessary (Cunha, André, Granado, Albuquerque & Madureira, 2015). Therefore, the study has a patent on the planning of group clinical activities, which must manage a triad evaluation: physical exercise, feeding pattern and medication regimen; the specificities of each person, regarding functional literacy, learning abilities, economic resources for medication treatment and clinical specificities.

The consultation should provide information to the patient, so that appropriate care is given. Nonetheless, this support will only be of quality if the patient shows that he/she is satisfied with the provided care, and therefore must be monitored.

In addition to the proposed interventions, the present study show us that is crucial the inclusion chronic disease patients in the main population target for primary prevention practices, so these new group therapies can, for instance, produce better nutritional results and in the end, better quality of life.

We suggest further investigations, so the force of the study may be clarified.

Furthermore, nurse care in this context, must be further researched, because nurses are the best links between health care services and patients; therefore, nurses have privilege access to primary prevention methods and shall prevail negative impact in diabetes mellitus management.

ACKNOWLEDGMENTS

FCTCI&DETS Health School, Polytechnic Institute of Viseu // Portugal. CIEC – University of Minho, Portugal

REFERENCES

- Almeida, J.; Pereira, M., (2008). Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para Adolescentes com Diabetes Tipo 1: Estudo de validação do DQOL. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI): 295-307.
- Chaves, C., Duarte, J., Mateus, T., Castro, C., Marques, C., Costa, C., Moreira, C., Coelho, K., Silva, R., & Santos, V. (2012). Satisfação dos utentes da unidade de saúde de Tondela. *Millenium*, 43: 47-77.
- Cunha, M.; André, S.; Granado, J.; Albuquerque, C.; Madureira, A. (2015). Empowerment and adherence to the therapeutic regimen in people with diabetes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171: 289 - 293.
- Cunha, M. & Soares, (2015). *Escala de Relacionamento com a Equipa, Escala de Satisfação com a Consulta de Diabetes e a Escala da Satisfação com o Grupo de Diabetes*. Não publicadas.

- Direcção Geral de Saúde. (18 de Janeiro de 2012). *Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escolar*. Portugal/ Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Ferreira, S. R., Bianchini, I. M. & Flores, R. (2011). A organização do cuidado às Pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em Serviços de Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição.
- Ferrito, C. R. (2010). *Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Tipo 2 em cuidados de saúde primários contributos para uma prática baseada em evidência*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Freitas, F. V., & Sabóia, V. M. (2007). Vivências de adolescentes diabéticos e contribuições da prática educativa da enfermeira. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15 (4), 569-573. <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a15.pdf>.
- Hockenberry, M.W.D., & Winklestein, M. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Elsevier: Rio de Janeiro.
- IDF (2014). *IDF Diabetes Atlas. International Diabetes Federation*. 6ª Edição. <http://idf.org/diabetesatlas>.
- IMS Health. (2014). *IMS Health Diabetes Mellitus Overview 2014 - Portugal 2014*. <http://www.imshealth.com/portugal>.
- Observatório Nacional da Diabetes (2014). *Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. <http://www.dgs.pt/?cr=26575>.
- Observatório Nacional de Diabetes (2013). *Factos e números da diabetes do Observatório Nacional 2013*. <http://www.stopdiabetes.pt/pt/noticias/noticia/1>.
- Oliveira, G. K., & Oliveira, E. R. (VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências de julho a dezembro de 2010). Assistência de enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. pp. 40-48.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Acedido Janeiro 18, 2014. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf.
- Patricio, M.F.G.F. (2012). Relatório de Estágio. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. [Repositorio.ucp.pt/.../RelatórioMartaFerreiraPatricio_20192010025.pdf](http://repositorio.ucp.pt/.../RelatórioMartaFerreiraPatricio_20192010025.pdf)
- Pereira, J.A.P.M.A. (2012). *Avaliação da qualidade de vida em crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1 e conhecimentos sobre a doença*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/22017/1/TeseFINAL_Jos%C3%A9Aleixo_FCDEF_UC%202.pdf.
- Schmidt, M.I., Hoffmann, J.F., Diniz, M.F.S., Lotufo, P.A., Griep, R.H., Bensenor, I.M. et al. (2014). High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia - The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Diabetol Metab Syndr*; 6(123): 1-9.
- Sousa, M.R., Peixoto, M.J., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 2, 8: 59-67.
- Zabetian, A., Sanchez, I. M., Narayan, K. M., Hwang, C. K., & Ali, M. K. (2014). Global rural diabetes prevalence: A systematic review and meta-analysis covering 1990–2012. *Diabetes research and clinical*

Millenium, 2(5), 53-61.

pt

SATISFAÇÃO COM A EQUIPA, COM A CONSULTA E COM O GRUPO DE DIABETES EM PESSOAS BRASILEIRAS
SATISFACTION WITH THE TEAM, CONSULTATION AND WITH THE DIABETES GROUP IN BRAZILIAN PEOPLE
SATISFACCIÓN CON EL EQUIPO, CONSULTA Y CON EL GRUPO DE DIABETES EN PERSONAS BRASILEÑAS

Josineide Soares¹
Madalena Cunha²

¹ Health Unit, Arapiraca, Alagoas, Brasil

² CI&DETS, Unit of Research and Development, Superior School of Health, Polytechnic Institute of Viseu (IPV), Portugal

Josineide Soares - josy_soares1974@hotmail.com | Madalena Cunha - mnunes@essv.ipv.pt



Autor Correspondente

Madalena Cunha
Escola Superior de Saúde,
Rua D. João Gomes Crisóstomo de Almeida, nº102
3500-843 Viseu, Portugal
mnunes@essv.ipv.pt

RECEBIDO: 26 de novembro de 2017

ACEITE: 18 de janeiro de 2017

RESUMO

Introdução: A prevalência da diabetes tipo 2 está a aumentar em todo o mundo. Esta é uma doença crónica, associada a graves complicações, resultando em elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (*International Diabetes Federation, 2014*).

Objetivo: Determinar o grau de satisfação das pessoas com diabetes tipo 2 em relação à equipa, à consulta e ao grupo de diabetes.

Métodos: No presente estudo descritivo, a amostra, não probabilística por conveniência, é constituída por 30 pessoas com diabetes tipo 2, dos quais 37% do género masculino e 63% do feminino, com idades compreendidas entre 42 e 69 anos com uma média de 57,20 anos que frequentam uma Unidade de Saúde e o Grupo de Diabetes em Arapiraca, Alagoas, Brasil. O instrumento de recolha de dados utilizado incluiu a *Escala de Relacionamento com a Equipa, Escala de Satisfação com a Consulta de Diabetes e a Escala da Satisfação com o Grupo de Diabetes todas de Cunha & Soares, (2015)*.

Resultados: Os resultados indicam que: tendencialmente 40,0% dos doentes relatam um bom relacionamento com a equipa; sendo a prevalência de doentes muito satisfeitos com a consulta de 76,7%. Contudo a satisfação com o grupo de diabetes não é consensual pois 40,0% dos doentes sentem-se insatisfeitos e com igual valor (40%) estão muito satisfeitos).

Conclusões: Os resultados apontam para a importância da avaliação da satisfação dos doentes com diabetes em relação à equipa, consulta e grupo, assumindo-se como um critério e um indicador de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, ajudando os profissionais a satisfazer as necessidades das pessoas a vivenciarem a situação de doença crónica.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus tipo 2; Satisfação; Consulta; Grupo; Equipa.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of type 2 diabetes is increasing worldwide. This is a chronic disease associated with serious complications, resulting in high morbidity and mortality (*International Diabetes Federation, 2014*).

Objective: To determine the degree of satisfaction of people with type 2 diabetes in relation to the team, the consultation and the diabetes group.

Methods: In the present descriptive study, the non-probability sampling, consists of 30 people with type 2 diabetes, of which 37% male and 63% female, aged between 42 and 69 years with an average of 57.20 years attending Health Unit and the Diabetes Group in Arapiraca, Alagoas, Brazil. The data collection instrument used was the Relationship with Team Scale; Satisfaction During Diabetes Consultation Scale; and Satisfaction with Diabetes Group Scale Cunha & Soares (2015).

Results: The results indicate that 40.0% of the patients have a good relationship with the team, most of the patients (76.7%) are very satisfied with the query. However, diabetes group satisfaction isn't consensual, therefore 40.0% of patients feel dissatisfied and another 40% are very satisfied.

Conclusions: The results point to the importance of the satisfaction of diabetes patients to the team, consults and group, taking helping them to meet their needs and their experience situation of chronic disease, as a professional evaluation criteria and a quality indicator.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Satisfaction; Query; Group; Team

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de la diabetes tipo 2 está aumentando en todo el mundo. Es una enfermedad crónica, asociada a graves complicaciones, resultando en altas tasas de morbilidad y mortalidad (*International Diabetes Federation, 2014*).

Objetivo: Determinar el grado de satisfacción de las personas con diabetes tipo 2 en relación al equipo, a la consulta y al grupo de diabetes.

Métodos: En el presente estudio descriptivo, la muestra, no probabilística por conveniencia, está constituida por 30 personas con diabetes tipo 2, de las cuales el 37% del género masculino y el 63% del género femenino, con edades comprendidas entre 42 y 69 años con una media de 57,20 años que frecuentan una Unidad de Salud y el Grupo de Diabetes en Arapiraca, Alagoas, Brasil. El instrumento de recogida de datos utilizado incluyó la Escala de Relación con el Equipo, Escala de Satisfacción con la Consulta de Diabetes y la Escala de la Satisfacción con el Grupo de Diabetes todas de Cunha & Soares, (2015).

Resultados: Los resultados indican que: el 40,0% de los pacientes reportan una buena relación con el equipo; siendo la prevalencia de pacientes muy satisfechos con la consulta del 76,7%. Sin embargo, la satisfacción con el grupo de diabetes no es la misma pues el 40,0% de los pacientes se siente insatisfechos y con igual valor (40%) están otros muy satisfechos.

Conclusiones: Los resultados apuntan a la importancia de la evaluación de la satisfacción de los pacientes con diabetes en relación al equipo, consulta y grupo, asumiéndose como un criterio y un indicador de evaluación de la calidad de la atención de salud, ayudando a los profesionales a satisfacer las necesidades de las personas a experimentar la enfermedad crónica.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus tipo 2; Satisfacción; Consulta; Grupo; Equipo.

INTRODUÇÃO

A diabetes é uma síndrome endócrina metabólica crónica que se caracteriza pelo aumento da glicose circulante no sangue (hiperglicemia), resultante da falta ou da deficiência de produção de insulina pelo pâncreas e/ou da incapacidade de a insulina produzida exercer a sua função adequadamente com sucesso (Observatório Nacional de Diabetes, 2013), resultando num ajuste do metabolismo, alterações fisiológicas, em todas as regiões do corpo (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Esta patologia tem uma origem multifatorial e as causas que a despoletam ainda não são conhecidas na íntegra. No entanto crê-se que, provavelmente, seja a combinação de fatores genéticos com as alterações nos fatores de risco ambiental, (como por exemplo, a exposição a certas infeções virais, bacterianas ou químicas) que possam desencadear fenómenos de autoimunidade ou acelerar a destruição das células beta pancreáticas já em progressão (Hockenberry & Winkelstein, 2014). Neste sentido, trata-se de uma doença autoimune que se desenvolve após um ataque do sistema imunitário contra as células beta do pâncreas, que são as células responsáveis por produzir a insulina (Schmidt, Hoffmann, Diniz et al., 2014). Estes autores, designam de autoimunes as doenças às quais um determinado agente, podendo ser um vírus, uma bactéria ou um fator alimentar, produz uma resposta de anticorpos enviados a algum tecido do próprio organismo.

Grosso modo, a diabetes pode ser considerada como uma doença heterogénea, com apresentação e etiologia variáveis, sendo o aumento da prevalência da obesidade e a diabetes *mellitus* tipo 2 preocupante, pois tem vindo a manifestar-se em idades cada vez mais jovens. Contudo, a forma predominante na criança e adolescência é a diabetes tipo 1, mediada pelo sistema imunológico (Schmidt, Hoffmann, Diniz et al., 2014).

A Direção-Geral da Saúde (2012) documenta a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos, da diabetes *mellitus*:

- a diabetes *mellitus* tipo 1 corresponde a 5-10% de todos os casos diagnosticados de diabetes, sendo a perturbação de metabolismo mais comum na idade pediátrica. Resulta da destruição das células β do pâncreas, com insulinopenia absoluta, passando a insulinoaterapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência. Na maioria dos casos, a destruição das células β dá-se por um mecanismo autoimune, pelo que se denomina diabetes tipo 1 autoimune. Em alguns casos, todavia, não se consegue documentar a existência do processo imune, passando a ser denominada por diabetes tipo 1 Idiopática (Observatório Nacional de Diabetes, 2013);
- a diabetes tipo 2 é a forma mais frequente de diabetes (com cerca de 90-95% dos casos) mas pouco frequente nas crianças, resultando da existência de insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinoresistência. Este tipo de diabetes costuma ter um início insidioso, com sintomas mais brandos. Por norma, manifesta-se em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de diabetes tipo 2. Contudo, com a epidemia de obesidade que atinge as crianças, observa-se um aumento significativo da incidência da diabetes em populações mais jovens, inclusive, em crianças e adolescentes (Schmidt, Hoffmann, Diniz et al., 2014);
- a diabetes gestacional condiz com qualquer grau de intolerância à glucose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez, o que pode resultar em complicações para o recém-nascido;
- outros tipos específicos de diabetes que correspondem a situações em que a diabetes é consequente de um processo etiopatogénico identificado, como, por exemplo, em casos de defeitos genéticos da célula β pancreática; defeitos genéticos na ação da insulina; doenças do pâncreas exócrino; endocrinopatias, induzida por químicos e/ou fármacos; infeções; outras síndromes genéticas associadas à doença, assim como formas involgares de diabetes autoimune (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Os dados epidemiológicos relativos a 2014 mostram que a diabetes vitimou 4,9 milhões de pessoas em todo o mundo, apontando para uma percentagem de 50% de pessoas na faixa etária inferior a 60 anos) (*International Diabetes Federation*, IDF, 2014). De acordo com as previsões realizadas pelo *IMS Health Diabetes Mellitus Overview* (2014) para 2035, o número de diabéticos tem fortes tendências para aumentar, em termos mundiais, para um total de 592 milhões, o que representa um agravamento de casos a rondar os 55% da população. A IDF (2014) estima que 46% de pessoas, em 2014, não tenham tido um diagnóstico prévio. Trata-se de uma doença metabólica que afeta um elevado número de pessoas. A diabetes é uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida, na qual uma pessoa tem o dobro do risco de morrer, quando comparado com outra pessoa da mesma idade que não tenha esta doença. Todavia, um intensivo controlo da glicemia permite adiar o aparecimento de complicações crónicas em cerca de 15 anos (Almeida & Pereira, 2008). Esta patologia está identificada como sendo uma das principais causas de: cegueira, insuficiência renal, de amputações de membros inferiores, assim como de mortalidade, na medida em que 70 a 80% das pessoas diabéticas morrem de doença cardiovascular (Zabetian, Sanchez, Narayan, Hwang & Ali, 2014).

Em todo o mundo, de acordo com o IDF (2014), a diabetes não diagnosticada representa perto de metade do universo das pessoas diabéticas, 175 milhões, representando a maioria destes casos diabetes tipo 2. O mesmo organismo salienta a importância de um diagnóstico precoce, o que aumenta a possibilidade de prevenção de complicações (IDF, 2014).

Neste sentido, tem de se identificar precocemente as complicações que podem ocorrer e reconhecer a sintomatologia de cada complicação para, assim, poder intervir e atuar na prevenção e na minimização da sua ocorrência através da educação em saúde

(Oliveira & Oliveira, 2010). As complicações podem ser reduzidas se houver uma vigilância periódica dos órgãos que podem ser mais afetados (olhos, rins, nervos periféricos e sistema vascular) (Observatório Nacional da Diabetes, 2013). Esta doença crónica implica que o doente aceite a doença e o tratamento no seu todo, incluindo os sentimentos negativos que possam surgir (ansiedade, dor, medo da discriminação, medo de morrer, etc.) e os custos económicos e sociais que pode acarretar e interferir na qualidade de vida. Além disso, a diabetes necessita de cuidados contínuos que incluam a monitorização da glicemia, a administração de insulina, a realização de uma dieta saudável e a prática regular de exercício físico, para manter um bom controlo metabólico e para proporcionar um crescimento e desenvolvimento físico, psicológico e social dentro da normalidade (Organização Mundial de Saúde, 2010).

As complicações agudas e crónicas da diabetes causam alta morbimortalidade, resultando em altos custos para os sistemas de saúde. Deste modo, a análise epidemiológica económica e social do número crescente de pessoas com esta patologia indica a necessidade da fixação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e suas famílias e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida (IDF, 2014). Deste modo, a educação em saúde e o acompanhamento do doente com diabetes tipo 2 são a chave para o sucesso dos resultados obtidos. É uma prática reflexiva e crítica de parceria entre os profissionais de saúde da consulta da diabetes e os doentes que possibilita uma troca de saberes, para que estes aceitem a sua condição de saúde e cuidem de si, de acordo com essa mesma condição. Esta será uma forma que permite obter, de forma consciente, o máximo controlo da doença e o máximo poder possível sobre a sua vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim sendo, o doente tem que reconhecer-se, (re)construir as suas ideias e (re)formular as suas atitudes para poder enfrentar e conviver com a sua doença (Freitas & Sabóia, 2007). A educação terapêutica na consulta da diabetes deve ser multidisciplinar, cada profissional com o seu papel, mas todos adequadamente qualificados para ensinar o doente com diabetes, de modo a atuar de forma conjugada e integrada para proporcionar apoio psicológico e informação abrangente sobre a doença e o respetivo tratamento, quer ao doente, quer aos seus cuidadores (Ferrito, 2010; Pereira, 2012). Para garantir a continuidade dos cuidados, a equipa deve facilitar a transferência de informações adequadas entre todos os membros (Ferrito, 2010). De acordo com Oliveira e Oliveira (2010), a consulta da diabetes é um processo de interação entre o profissional de saúde e o utente, que exige que o profissional de saúde saiba ouvir e que a comunicação entre ambos seja eficaz, obtendo-se um direcionamento correto da informação, de modo a que se compreenda a realidade de cada doente e que o mesmo seja orientado para que possa conviver com a sua condição crónica. Para além de uma relação empática, deve possuir-se uma visão holística do doente e prestar-se cuidados qualificados de forma humanizada, garantindo, assim, a sua satisfação em relação aos cuidados prestados na consulta da diabetes (Ferrito, 2010).

Neste âmbito integrar Grupos de Doentes pode constituir uma estratégia terapêutica considerável. Importa referir que constituir um grupo terapêutico não significa apenas colocar um conjunto de pessoas num mesmo espaço físico, mas possibilitar a criação de redes sociais e partilhar as experiências. Os grupos são espaços onde se desenvolve um ambiente propício à partilha das necessidades individuais, dos problemas e das vivências e onde a informação circula entre a experiência técnica dos profissionais e a vivência dos participantes, procurando soluções em conjunto. Os grupos podem ser classificados em três modelos básicos: grupos de sala de espera, grupos fechados e grupos abertos, consultas coletivas, cada um deles com as suas especificidades e características próprias (Ferreira, Bianchini & Flores, 2011). Em conformidade com os mesmos autores, podem ser utilizadas diferentes metodologias para efectivar as atividades do grupo de acordo com a necessidade e o problema de cada participante, bem como em função dos objetivos do grupo em geral, que deve possuir um objetivo bem específico, coordenado de forma multiprofissional, ter periodicidade, seguindo as evidências de, no mínimo, três vezes por semana, 50 minutos cada vez, recorrendo a várias metodologias, tal como a entrevista motivacional. A mudança de comportamentos e a estimulação da educação entre os pares constituem metas clínicas major a negociar com os participantes de forma a ofertar actividades consensuais.

Os grupos de educação para o autocuidado, objetivam para os seus constituintes encontrarem formas de enfrentar a sua doença crónica de uma maneira mais saudável. Outro aspecto a considerar na gestão do grupo consiste no facto de que o plano de cuidado também pode ser individual, para além do convívio coletivo e da oferta de atividades educativas comuns, deverá conter intervenções de carácter singular, uma vez que o processo terapêutico e as metas clínicas implicam considerar as diferenças de cada um dos constituintes dos grupos (Ferreira, Bianchini & Flores, 2011)

De acordo com o exposto, objetiva-se apurar da satisfação de um grupo de pessoas diabetes com a consulta e com o grupo de diabetes e a relação com a equipa.

1. MÉTODOS

O estudo assentou numa pesquisa descritiva, tendo como objetivo determinar o grau de satisfação de um grupo de pessoas com diabetes tipo 2 em relação à equipa, à consulta de diabetes e ao grupo. A amostra, não probabilística por conveniência, é constituída por 30 pessoas com diabetes tipo 2, dos quais 37% do género masculino e 63% do género feminino, com idades compreendidas entre 42 e 69 anos com uma média de 57,20 anos que frequentam a Unidade de Saúde e o Grupo de Diabetes em Arapiraca, Alagoas, Brasil. Outra leitura da variável idade foi obtida agrupando os diferentes valores da idade em três grupos

etários com amplitudes entre 41 a 50 anos (26,7%), 51 a 60 anos (40,0%) e acima de 60 anos (33,3%). A maioria das pessoas com diabetes tipo 2 é casada (60,0%), com companheiro(a) (66,7%). Quanto à zona de residência, todos os participantes são residentes em meio rural. O nível de escolaridade da amostra é muito baixo, pois 83,3% referem não saber ler nem escrever, o que traduz literacia funcional. Existe predomínio de doentes de raça parda (70%). A maioria intitulou-se como católica (60%). Quanto ao rendimento familiar, prevalece um rendimento equivalente a um salário mínimo no Brasil (60%).

O instrumento de recolha de dados utilizado foi constituído por um questionário sociodemográfico e clínico *ad hoc* composto por 11 questões, através das quais se recolheram informações acerca do género, idade, estado civil, nacionalidade, residência, habilitações literárias, religião e questões de informação clínica, nomeadamente: tipo de diabetes, tempo da doença, frequência da Unidade de Saúde. Aplicaram-se igualmente as escalas de Cunha & Soares (2015) construídas para o efeito: *Escala de Relacionamento com a Equipa*; *Escala de Satisfação Durante a Consulta de Diabetes*, na qual as pessoas atribuem a sua satisfação durante a consulta na Unidade Básica de Saúde, utilizando as palavras excelente, muito boa, aceitável, fraca e muito fraca; *Escala da Satisfação com o Grupo de Diabetes*, composta por 26 perguntas nas quais a pessoa com diabetes tipo 2 indicou o grau de concordância sobre o grupo de diabetes, o seu desenvolvimento no grupo e o número de participações na Unidade de Saúde que frequenta.

Para a colheita de dados, foi solicitada a autorização ao Secretário Municipal de Saúde, tendo-se obtido parecer favorável. O instrumento de colheita de dados foi aplicado a todos as pessoas constituintes da amostra, sendo autoadministrados àqueles que tinham capacidade para o preencher, assistidos e administrados pelo investigador consoante as necessidades, nesta situação as perguntas eram lidas pelos investigadores e explicavam-se possíveis dúvidas, registando-se posteriormente as suas respostas. Relativamente ao local de aplicação, este foi aplicado antes da consulta na Unidade de Saúde, quando os participantes se encontravam na sala de espera, aguardando pela respetiva consulta. A aplicação do instrumento de colheita de dados foi precedida de consentimento informado, garantido a todos os participantes o anonimato, a confidencialidade e o objetivo final dos dados recolhidos.

2. RESULTADOS

Satisfação face ao relacionamento com a equipa

O valor médio, para o score global da escala do *Relacionamento com a Equipa* foi de 45,7 pontos ($\pm 4,1$), com um mínimo de 37 e um máximo de 56 pontos. (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Estatísticas relativas ao relacionamento com a equipa

Género	n	Mín.	Max.	\bar{x}	Dp	CV%	Sk
Masculino	11	39,0	56,0	45,4	5,3	11,6	0,65
Feminino	19	37,0	52,0	45,8	3,4	8,2	-0,64
Total	30	37	56,0	45,7	4,1	9,0	0,13

O maior percentual de doentes com 63,3% tem um relacionamento positivo com a equipa, contudo apenas 40,0 % tem um bom relacionamento e um grupo significativo (36,7%) não possui bom relacionamento com os profissionais da equipa de saúde. Relativamente ao género, verifica-se que, entre os homens, uma prevalência de mau relacionamento com a equipa (45,5%), enquanto para as mulheres foram apenas 31,6%. (cf. Tabela 2), no entanto as diferenças estatísticas não são significativas ($p=0,73$).

Tabela 2. Classificação do relacionamento com a equipa

Relacionamento com a equipa	Género		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mau Relacionamento com a equipa $\leq 44,7$	5	45,5	6	31,6	11	36,7
Razoável Relacionamento com a equipa 44,8 – 46,6	2	18,2	5	26,3	7	23,3
Bom Relacionamento com a equipa $\geq 46,6$	4	36,4	8	42,1	12	40,0
Total	11	100,0	19	100,0	30	100,0

Grau de satisfação durante a consulta de diabetes

O valor médio, para o score global da escala de *Satisfação durante a Consulta de Diabetes* foi de 3,8 ($\pm 0,57$), com um mínimo de 3,0 e um máximo de 5,0 pontos. (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas relativas ao grau de satisfação durante a consulta de diabetes

Género	n	\bar{x}	Mín.	Max	Dp	CV%	Sk
Masculino	11	3,8	3,0	5,0	0,75	19,0	0,32
Feminino	19	3,9	3,0	5,0	0,45	11,0	-0,50
Total	30	3,8	3,0	5,0	0,57	15,0	0,13

Maioritariamente (76,7%), os doentes encontram-se muito satisfeitos com a consulta. De salientar que nenhum participante se mostrou insatisfeito. Relativamente ao género, verifica-se que a maioria de ambos os géneros está muito satisfeito com a consulta, com 63,6% para os participantes do género masculino e 84,2 % para os do género feminino, não se registando diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,19$) (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Grau de satisfação durante a consulta de diabetes

Satisfação Consulta de Diabetes	Género	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Insatisfeitos com a Consulta de Diabetes $\leq 2,87$		-	0,0	-	0,0	-	0,0
Razoavelmente satisfeitos com a Consulta de Diabetes 2,88 – 3,93		4	36,4	3	15,8	7	23,3
Muito Satisfeitos com a Consulta de Diabetes $\geq 3,94$		7	63,6	16	84,2	23	76,7
Total		11	100,0	19	100,0	30	100,0

Satisfação com o grupo de diabetes

O valor médio, para o score global da escala de satisfação com o grupo de diabetes foi de 52,6 ($\pm 5,3$), com um mínimo de 44 e um máximo de 64 pontos. (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Estatísticas relativas à satisfação com o grupo de diabetes

Género	n	Mín.	Max.	\bar{x}	Dp	CV%	Sk
Masculino	11	44,0	62,0	53,6	5,1	11,0	0,04
Feminino	19	44,0	64,0	52,2	5,4	10,0	0,79
Total	30	44,0	64,0	52,6	5,3	10,0	0,02

Na mesma proporção, 40,0% dos doentes sentem-se insatisfeitos e outros 40% estão muito satisfeitos com o grupo de diabetes. Relativamente ao género, verifica-se que a maioria dos homens está muito satisfeito com o grupo de diabetes (45,5%), enquanto 42,1% das mulheres se revelam insatisfeitas, contudo não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,89$) (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Grau de satisfação com o grupo de diabetes

Satisfação com o Grupo de Diabetes	Género		Total			
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Total	
	n	%	n	%	n	%
Insatisfeitos com o Grupo de Diabetes ≤ 51,3	4	36,4	8	42,1	12	40,0
Razoavelmente Satisfeitos com o Grupo de Diabetes 51,4 – 53,9	2	18,2	4	21,1	6	20,0
Muito Satisfeitos com o Grupo de Diabetes ≥ 54	5	45,4	7	36,8	12	40,0
Total	11	100.0	19	100.0	30	100.0

3. DISCUSSÃO

Os resultados apurados demonstraram que a satisfação com maioria dos doentes (63,3%) apresenta um relacionamento positivo com a equipa, porém também se registou que em 36.7% dos doentes o relacionamento com a mesma não é positivo. De salientar a prevalência de homens (45,5%) a manifestarem um mau relacionamento com a equipa, enquanto para as mulheres foram apenas 31,6%. Patrício (2012) realizou um estudo sobre o grau de satisfação dos doentes com a equipa, tendo constatado um grau de satisfação bastante positivo, sobretudo por parte dos doentes do género feminino. Neste estudo, os comportamentos de ajuda, confiança, dedicação, intimidade e aconselhamento, foram as características positivas identificadas nos enfermeiros. Os aspetos negativos foram atribuídos ao excessivo tempo de espera e às infraestruturas, por não ser um espaço exclusivo para jovens. A autora evidencia que um dos objetivos dos profissionais de saúde na consulta de diabetes é despistar situações de risco, especialmente a não adesão ao regime terapêutico.

No que se refere à satisfação durante a consulta de diabetes, aferiu-se que a maioria dos participantes (76,7%) se mostrou muito satisfeita com a consulta. Relativamente ao género, verifica-se que 63,3% dos participantes do género masculino e 84,2 % do género feminino está muito satisfeito com a consulta. Estes resultados corroboram os resultados de uma investigação realizada por Sousa, Peixoto e Martins (2008), que pretendeu determinar o nível de satisfação dos utentes com diabetes mellitus em relação à consulta. As autoras observaram valores médios indicativos de uma boa satisfação com a consulta. No estudo desenvolvido por Chaves, Duarte, Mateus, Castro, Marques, Costa, et al (2012), sobre a satisfação dos utentes adultos na consulta da diabetes, 43,6% dos utentes revelaram-se “muito satisfeitos” com a consulta de enfermagem, 16,9% “satisfeitos” e 39,5% encontram-se “pouco satisfeitos”. Ao analisarem o grau de satisfação com a consulta da diabetes, para cada um dos géneros, os autores observaram que, no género feminino, um grupo bastante considerável se encontrava “pouco satisfeita” (46,2%) e no género masculino se encontrava-se “muito satisfeita” (49,5%).

Quanto aos resultados referentes à satisfação com o grupo de diabetes, apurou-se que 60,0% manifestou satisfação, porém 40,0% dos doentes sentiam-se insatisfeitos e outros 40% partilharam estar muito satisfeitos com o grupo de diabetes. Relativamente ao género, verifica-se que a maioria dos homens está muito satisfeito (45,5%), enquanto 42.1% das mulheres se revelaram insatisfeitas com o grupo de diabetes. Estes resultados corroboram os encontrados por Ferreira, Bianchini & Flores (2011), dado que no seu estudo foram poucos os doentes que não se manifestaram satisfeitos em relação à equipa. Contudo, há uma analogia entre os resultados apurados no presente estudo e os alcançados pelos autores citados em relação ao género, pois também constaram que os homens manifestam maior grau de satisfação, quando comparados com as mulheres.

CONCLUSÕES

A diabetes mellitus tipo 2, por ser uma doença crónica para a vida, não dói, mas se clínica e metabolicamente mal gerida cursa com sérias implicações crónicas que causam nos doentes sentimentos de apreensão relativamente ao futuro, cabendo aos profissionais de saúde e grupos terapêuticos educar / instruir / apoiar a pessoa a conviver de forma positiva com as implicações da doença. As inferências estatísticas aportam que na consulta da diabetes se deve adotar o modelo do *empowerment* na abordagem à pessoa com diabetes tipo 2, como fator facilitador de uma autogestão da doença terapêuticamente mais adequada. Estratégias que aprimoram as habilidades desses pacientes e a capacitação para melhor se gerenciar e melhor aderir ao correto regime terapêutico são necessárias. (Cunha, André, Granado, Albuquerque & Madureira, 2015). Por essa razão, como implicações para o planeamento das actividades clínicas a desenvolver em grupos terapêuticos, o estudo patenteia a pertinência de avaliação o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que constituem o grupo, de forma a considerar na gestão da tríade: exercício, padrão alimentar e regime medicamentoso, as especificidades de cada pessoa, designadamente literacia funcional, a capacidade para aprender em função da idade, recursos económicos de suporte ao tratamento medicamentoso, e especificidades clínicas. Considerando que o processo de acompanhamento assistencial de uma entidade nosológica crónica como a diabetes é dinâmico e complexo, a consulta deve proporcionar intervenções grupais. Por essa via, possibilita-se a partilha benéfica entre os intervenientes, gera-se a oportunidade dos participantes discutirem problemas semelhantes e

relatarem vivências de superação que ampliam a compreensão acerca da doença e encorajam ao assumir de mudanças comportamentais e ao compromisso para o efectivo auto cuidado. Na consulta, devem estabelecer-se metas para cada encontro/ reunião e negocia-las com o grupo. Para que se concedam cuidados adequados, deve dar-se o apoio educativo ao doente. Por último, é de salientar que este apoio só será de qualidade se a pessoa com diabetes se manifestar satisfeita com os cuidados prestados, pelo que se impõe proceder à sua monitorização.

Com o presente estudo, para além das intervenções propostas, salienta-se ser fulcral a inclusão das pessoas com doenças crónicas como população alvo das “tradicionais” e clássicas atividades da prevenção primária, a fim de estas intervenções produzirem por exemplo melhores resultados em saúde nutricional tradutor de impacto na qualidade de vida.

No que se refere às linhas de investigação futura, sugere-se mais investigação que clarifique a força da relação entre as variáveis analisadas neste estudo.

Entende-se ainda ser útil desenvolver investigação sobre a assistência de enfermagem neste contexto, pois sendo os enfermeiros elos de ligação privilegiados entre os serviços /cuidados de saúde prestados e a pessoa, são também intervenientes decisivos na prevenção primária, podendo contribuir em muito para a diminuição dos fatores que causam impacto negativo na gestão da diabetes mellitus.

AGRADECIMENTOS

FCT, CIEC – Universidad of Minho, Portugal // CI&DETS Health School, Polytechnic Institute of Viseu, Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J.; Pereira, M., (2008). Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para Adolescentes com Diabetes Tipo 1: Estudo de validação do DQOL. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI): 295-307.
- Chaves, C., Duarte, J., Mateus, T., Castro, C., Marques, C., Costa, C., Moreira, C., Coelho, K., Silva, R., & Santos, V. (2012). Satisfação dos utentes da unidade de saúde de Tondela. *Millenium*, 43: 47-77.
- Cunha, M.; André, S.; Granado, J.; Albuquerque, C.; Madureira, A. (2015). Empowerment and adherence to the therapeutic regimen in people with diabetes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171: 289 - 293.
- Cunha, M. & Soares, (2015). *Escala de Relacionamento com a Equipa, Escala de Satisfação com a Consulta de Diabetes e a Escala da Satisfação com o Grupo de Diabetes*. Não publicadas.
- Direcção Geral de Saúde. (18 de Janeiro de 2012). *Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escolar*. Portugal/ Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Ferreira, S. R., Bianchini, I. M. & Flores, R. (2011). A organização do cuidado às Pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em Serviços de Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição.
- Ferrito, C. R. (2010). *Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Tipo 2 em cuidados de saúde primários contributos para uma prática baseada em evidência*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Freitas, F. V., & Sabóia, V. M. (2007). Vivências de adolescentes diabéticos e contribuições da prática educativa da enfermeira. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15 (4), 569-573. <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a15.pdf>.
- Hockenberry, M.W.D., & Winklestein, M. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Elsevier: Rio de Janeiro.
- IDF (2014). *IDF Diabetes Atlas. International Diabetes Federation*. 6ª Edição. <http://idf.org/diabetesatlas>.
- IMS Health. (2014). *IMS Health Diabetes Mellitus Overview 2014 - Portugal 2014*. <http://www.imshealth.com/portugal>.
- Observatório Nacional da Diabetes (2014). *Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. <http://www.dgs.pt/?cr=26575>.
- Observatório Nacional de Diabetes (2013). *Factos e números da diabetes do Observatório Nacional 2013*. <http://www.stopdiabetes.pt/pt/noticias/noticia/1>.
- Oliveira, G. K., & Oliveira, E. R. (VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências de julho a dezembro de 2010). Assistência de enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. pp. 40-48.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Acedido Janeiro 18, 2014. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf.

- Patricio, M.F.G.F. (2012). Relatório de Estágio. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. [Repositorio.ucp.pt/.../RelatórioMartaFerreiraPatricio_20192010025.pdf](https://repositorio.ucp.pt/.../RelatórioMartaFerreiraPatricio_20192010025.pdf)
- Pereira, J.A.P.M.A. (2012). *Avaliação da qualidade de vida em crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1 e conhecimentos sobre a doença*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/22017/1/TeseFINAL_Jos%C3%A9Aleixo_FCDEF_UC%202.pdf.
- Schmidt, M.I., Hoffmann, J.F., Diniz, M.F.S., Lotufo, P.A., Griep, R.H., Bensenor, I.M. et al. (2014). High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia - The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Diabetol Metab Syndr.*; 6(123): 1-9.
- Sousa, M.R., Peixoto, M.J., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 2, 8: 59-67.
- Zabetian, A., Sanchez, I. M., Narayan, K. M., Hwang, C. K., & Ali, M. K. (2014). Global rural diabetes prevalence: A systematic review and meta-analysis covering 1990–2012. *Diabetes research and clinical practice*, 104(2): 206-213.



A SEXUALIDADE DO IDOSO NO CONTEXTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DE LUSO-BRASILEIROS

THE SEXUALITY OF THE ELDERLY IN THE NURSING CONSULTATION CONTEXT: A PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF LUSO-BRAZILIANS

LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: UN ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO DE LUSO-BRASILEÑOS

Renata Saraiva¹

Ann Rosas²

Ermelinda Marques³

Geilsa Valente⁴

¹ *Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil*

² *Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, Brasil*

³ *Instituto Politécnico da Guarda, Escola de Saúde da Guarda, Portugal*

⁴ *Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, Brasil.*

Renata Saraiva - renatajabour2014@gmail.com | Ann Rosas - annmaryrosas@gmail.com | Ermelinda Marques - emarques@ipg.pt | Geilsa Valente - geilsavalente@yahoo.com.br



Corresponding Author

Renata Saraiva

Universidade Estácio de Sá

Estr. do Mendanha, 555 - Campo Grande, Rio de Janeiro - RJ,
23087-284, Brasil

renatajabour2014@gmail.com

RECEIVED: 4th december, 2017

ACCEPTED: 18th january, 2018

RESUMO

Introdução: Ao ouvir idosos no Brasil e em Portugal, houve a intenção de promover discussões reflexivas que compartilhassem experiências e vivências, no intuito de interagir com a pluralidade cultural existente entre os dois países para o auxílio da compreensão da sexualidade de idosos e, das possíveis mudanças comportamentais adquiridas após ações implementadas em situação de aprendizado.

Objetivos: Descrever, compreender e discutir a inter-relação entre enfermeiros e clientes na ação educativa sobre a sexualidade do idoso no contexto da consulta de enfermagem.

Métodos: Resultado tese sobre a sexualidade dos idosos no contexto da consulta de enfermagem, traduzido em uma revisão sistemática. A relevância ocorreu em ouvir idosos e enfermeiros no Brasil e em Portugal, com a intenção de promover discussões reflexivas que compartilhassem experiências e vivências de interação com a pluralidade cultural existente. Participaram 41 idosos e 26 enfermeiros. Cenários utilizados foram o HESFA- Brasil e IPG - Portugal, em concordância com os critérios éticos, Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12.

Resultados: Apresentaram-se como categorias concretas do vivido, que revelaram os "motivos-porque" dos idosos e dos enfermeiros.

Conclusões: Portanto, a ausência da intenção demonstra a necessidade de discussão sobre o assunto na teoria desde a graduação e, no campo prático, nas consultas de enfermagem.

Palavras-chaves: Enfermagem; Consulta; Gerontologia; Sexualidade.

ABSTRACT

Introduction: Listening to elderly people in Brazil and Portugal, it was intended to promote reflective discussions that shared experiences and experiences, in order to interact with the cultural plurality existing between the two countries to help the understanding of the sexuality of the elderly, and of the possible behavioral changes acquired after actions implemented in a learning situation.

Objectives: Describe, understand and discuss the interrelation between nurses and clients in the educational action on the sexuality of the elderly in the context of the nursing consultation.

Methods: Outcome thesis on the sexuality of the elderly in the context of the nursing consultation, translated into a systematic review. The relevance was to listen to elderly and nurses in Brazil and Portugal, with the intention of promoting reflective discussions that shared experiences and experiences of interaction with the existing cultural plurality. 41 elderly people and 26 nurses participated. Scenarios used were HESFA - Brazil and IPG - Portugal, in accordance with the ethical criteria, National Health Council, resolution 466/12.

Results: They were presented as concrete categories of the lived, which revealed the "reasons-why" of the elderly and the nurses.

Conclusions: Therefore, the absence of intention demonstrates the need to discuss the subject in theory since graduation and, in the practical field, in nursing consultations.

Keywords: Nursing; Consultation; Gerontology; Sexuality.

RESUMEN

Introducción: Al oír a ancianos en Brasil y Portugal, hubo la intención de promover discusiones reflexivas que compartieran experiencias y vivencias, con el fin de interactuar con la pluralidad cultural existente entre los dos países para el auxilio de la comprensión de la sexualidad de ancianos y de las posibles cambios de comportamiento adquiridos después de acciones implementadas en situación de aprendizaje.

Objetivos: Describir, comprender y discutir la interrelación entre enfermeros y clientes en la acción educativa sobre la sexualidad del anciano en el contexto de la consulta de enfermería.

Métodos: Resultado tesis sobre la sexualidad de los ancianos en el contexto de la consulta de enfermería, traducido en una revisión sistemática. La relevancia ocurrió en oír a ancianos y enfermeros en Brasil y Portugal, con la intención de promover discusiones reflexivas que compartieran experiencias y vivencias de interacción con la pluralidad cultural existente. Participaron 41 ancianos y 26 enfermeros. Los escenarios utilizados fueron HESFA-Brasil e IPG - Portugal, en concordancia con los criterios éticos, Consejo Nacional de Salud, resolución 466/12.

Resultados: Se presentaron como categorías concretas de lo vivido, que revelaron los "motivos-porque" de los ancianos y de los enfermeros.

Conclusiones: Por lo tanto, la ausencia de la intención demuestra la necesidad de discusión sobre el tema en la teoría desde la graduación y, en el campo práctico, en las consultas de enfermería.

Palabras Clave: Enfermería; Consulta; Gerontología; Sexualidad.

INTRODUCTION

In Brazil, is considered elderly, the person who is 60 years of age or older. The World Health Organization (WHO) has stated that by 2050, there will be two billion people over 60, long-lived, making it one of the largest population successes in the 21st century (UN, 2014).

The Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) describes that the elderly over 60 years old totaled 23.5 million, more than the double registered in 1991, when, in the same age group, there were 10.7 million. The participation of the population aged over 65 increased from 5.9% in 2000 to 7.4% in 2010 (IBGE, 2014).

In this sense, it is believed that the motivations regarding the elderly will guide the adoption of normative measures, in face of the new world demographic reality of the 21st century (Brazil, 2002). However, it is still necessary to take into account the specificities of the elderly in relation to their sexuality (Saraiva et al, 2017)

In analyzing the statistical data, we noticed that changes in the approach to sexuality of the elderly could be implemented in both Brazil and Portugal, contributing to the planning of services that meet the needs, rethinking the current system and adapting it to the new realities, however, this reflection would need to be fast, as there is also the aging of the population.

The article is modern and relevant due to the absence of studies in the area of comprehensive analysis on the subject of the sexuality of the elderly in the Nursing Course, and can be evidenced through the state of the art. In this sense, we carried out a systematic review of 2,320 articles, 20 Dissertations and 18 Theses. Review elaborated through searching the databases of the Virtual Health Library (BVS) of the BIREME system: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); Spanish Bibliographical Index of Health Sciences (IBECS); Nursing Database (BDENF); PubMed; Cochrane.

For these reasons, the study gave voice to the elderly, to understand the meaning of their sexuality, in the context of nursing consultation, in their new life moment. And, had as objectives to describe, understand and discuss subjectivity and intersubjectivity between nurses and clients in the educational action sexuality of the elderly in the context of nursing consultation.

1. STATE OF ART

In addition to the databases already described, we used the collection of the Library of the Polytechnic Institute of Guarda and the virtual collection of the Libraries: Minerva/UFRJ/EEAN- Rio de Janeiro-Brasil; Virtual Library of the Nursing School of Lisbon; General Library of the University of Coimbra; Faculty of Natural and Human Sciences - University of New Lisbon; Virtual Library of the University of Porto; Virtual Library of the University of Minho; Virtual Library of the Pontifical University of Salamanca-Spain; National Digital Library Europeana; Digital Library of University Aberta; Knowledge Center of the Azores; World Digital Library: Copenhagen Manuscripts; Digital Library Initiatives; The European Digital Library Treasures; Gallica; New York Public Library; New York State Library Treasures in Full - British Library; Portal Domínio Público.

As a temporal cut, 1990 to 2016. The year 1990 was established due to the Organic Law No. 8,080/90, which initiated the normalization of changes in care for the elderly in the health sectors, with access criteria to provide comprehensive care with actions aimed at the promotion, protection and health recovery, aimed at maintaining and improving the functional capacity of the elderly in a multidisciplinary view. Como área de conhecimento: enfermagem, educação, gerontologia, fenomenologia. Idioma dos artigos selecionados: português, inglês, francês e espanhol. Para o enfoque do conteúdo utilizamos como palavras-chave: enfermagem, consulta, gerontologia, idoso, ensino, sexualidade. Do material analisado, apenas um artigo foi elegível para o estudo.

We observed that most of the writings deal with the sexuality of the elderly as STD prevention, cancer and hormone replacement in elderly women, in which they mention that sexual function is one of the main causes of women's concern for programmed hysterectomy. They portray that the aging process requires the awareness of health professionals that the elderly is sexually active, therefore exposed to STDs, and that the issue of condom use should become a natural problem both during consultations and in groups and events organized to reach this population. They describe the sexuality of the elderly with the purpose of analyzing the sexual practice, linked to the myths and taboos.

After analyzing the samples, we observed that, despite the published articles, there was a decline in the year of 2010 and a greater number of publications in 2011. Regarding the level of evidence, level IV prevailed, considering descriptive studies with a qualitative approach, with the guiding question = How is experienced the sexuality of the elderly?

Thus, all were excluded because they did not fulfill the specificities of the study and ratifying, up to the moment, the knowledge gap in relation to the presented theme. Therefore, we still need studies that reflect these differences that permeate the life trajectories of this population despite existing legal instruments such as the Federal Constitution, Public Policies, Statutes and Reports.

From this restlessness, the elderly was initially heard in Brazil and later in Portugal, with the intention of allowing a new look at the study, taking into account being a country with a greater number of elderly, long-lived and having a better quality of life. The data released by the last General Census of Population, promoted by the National Statistics Institute, dated of March 21, 2011,

(In this country, the elderly is considered to be 65 years of age or older) indicate a decline in the population of young people, standing at 15%, while that of the elderly increased, occupying 19% of the total population (INGE, 2012).

These variations result in an imbalance, which leads to a decrease in the base of the demographic pyramid represented by the younger population and the enlargement of its top, which portrays the growth of the elderly population.

Listening to elderly people in Brazil and Portugal, we wanted, in addition to a new look, to promote reflective discussions that shared experiences, in order to interact with the cultural plurality existing between the two countries to help understanding the sexuality of this group, and possible changes in behavior acquired after actions implemented in a learning situation. Considering the need for new models in the provision of health services that enable qualified care, which will require better training of professionals to take care of the health of the elderly in a manner consistent with the current reality (Silva et al., 2013).

2. METHODS

It is a qualitative research, based on the theoretical-methodological reference of the sociological phenomenology of Alfred Schutz, whose importance is the use of methods that explore the maximum of the phenomena captured from the research. Their results are based on the real-life experiences of people with knowledge of the phenomenon firsthand (Wagner, 2012).

In view of the specificity of the theme, it was decided to make use of the Sociological Phenomenology of Alfred Schultz, for properly understand the articular of the article. For this, it was necessary to listen to the nurses, seeking their intentionality about the sexuality of the elderly, through the contextualization of the reason-because, with the intention of understanding the actions that drove the planning and execution of singular activities for each elderly person hosted in the nursing consultation.

The study was based on the dependencies of the Institute of Health Care São Francisco de Assis (HESFA) – Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ) – Brazil, which works with the teaching of the nursing consultation to the elderly adult, located in the city of Rio de Janeiro. And as a complement to the study scenario, data were collected in Portugal at three Day Center; a Convivial Center; a Mixed Unit with Day and Home Center; a Family Health Unit; um Centro de Saúde; one Hospital; and one Senior Academy in the City of Guarda Portugal.

Twenty-six nurses participated in the study. Brazilian nationality (09), Portuguese nationality (16) and French nationality (1). Age range between 33 and 69 years old. Regarding nursing graduation: 07 completed in public universities and 19 in colleges, universities and polytechnic health schools, but private. There were also reports of another graduation as: Graduation in Psychology and Graduation in Law.

In relation to the Lato Sensu Postgraduate, only 05 do not have; in the Stricto Sensu Specialization, was found: 10 Masters and 03 Doctors. Regarding the time that the nursing consultation to the elderly takes place: shorter time 02 years and longer time 37 years.

The nurses were identified by letters of the alphabet: E (nurse plus the letter of the alphabet, in the Portuguese language). In this way, they were interviewed individually, through electronic recording (MP3). As a criterion of reliability, it was later allowed to listen to their interviews.

For the data collection, the interview was used with a phenomenological approach, semi-structured, with an initial script, in which it was possible to understand the type of the phenomena of the research participants.

It was understood in the light of Schutz that the intentionality of the participants and the understanding of the subjectivity and intersubjectivity provided by the empathy of the face-to-face relationship demonstrated at the time of the interviews made the genuine natural phenomena of human relations emerge without taking into account their values, providing an understanding of the contextualization of reason-because and its categories (Wagner, 2012).

For the organization of the data, aiming to arrive at the typical of the subjects' action, the phenomenological methodological trajectory of Alfred Schutz's theory (2012) was used, going through the following steps:

- Apprehension of the speeches in the interviews, to describe the lived type of subjects;
- Immediate transcription of the interviews, excluding Portuguese errors, aiming to preserve the subjectivity of the face-to-face research-participant relationship of the study;
- Careful and meticulous reading, to transform what has been proved subjective in purpose, with the finality to group the meanings found in the categories;
- Use of surnames, to express meanings, and to remain anonymous;
- The intentionality of the participants' lived type, through reasons-for and reasons-because.

This attitude represents the researcher's own activity in identifying, from the lines, the elaboration of concrete categories of the lived. Therefore, the typicity opens and closes according to the degree of anonymity and familiarity.

The development of the study met the standards according to Resolution 466/12, published on June 13, 2013, the participants of this research signed the Term of Free and Informed Consent (TCLE). The interviews were carried out with the approval of the Ethics and Research Committee (CEP) of the Anna Nery School of Nursing – Federal University of Rio de Janeiro, on November 13, 2014, under the number: 36876114.6.0000.5238.

The speeches of the participants of the research will be stored for a period of five years and discarded afterwards, respecting human opinion and dignity, involving the current and potential progress of science and technology, which should result in promotion of the well-being and the quality of life, as well as the defense and the preservation of the environment, for the present, as well as for the future generations.

3. RESULTS

Of the 26 nurses interviewed, 09 are teachers and accompany students in an internship field and 17 are assistants nurses, but all work with the elderly. Although a research participant is French, he graduated in Lisbon and did Master's degree in Vizeu. Of the total interviewed, we found a greater number of nurses with an age range between 57 and 60 years old, and a total of 03 nurses close to the professional retirement period, since in Portugal the minimum age to apply for retirement by age is 65 years for both men and women.

In Brazil, retirement by age is a benefit due to the worker who proves the minimum of 180 months of work, in addition to the minimum age of 65 for men and 60 years for women. For the "special insured" (family farmer, artisanal fisherman, indigenous, etc.), the minimum age is reduced by five years. However, in the age group of 33 to 40 years, there are a total of 06 nurses, 02 are Brazilian and 07 are Portuguese, therefore, a greater number of new nurses contributing to the renewal of the profession.

The average age of the nurses is similar between the two countries with the same teaching fundamentals regarding the sexuality of the elderly, being confirmed in the interviews and ratified by the data analysis, with the need for professional qualification to support both the nurse practitioner and the teaching nurse. Of the 26 nurses, 05 opted for Lato Sensu courses or to support the practice or to serve as a basis for the *Stricto Sensu* course.

It was verified with the results that the relation of space and time established between the research participants and the interviewer revealed the contextualization of "reasons-because" into categories. However, in order to arrive at this methodological behavior, it is necessary to seek the basis of Schutz's concept of the "motive-for", in which the intention of the projected act must be realized by a future action.

Table 1 - Characterization of Nurses

Subject	Nationality	AGE	Place of Graduation and completion date	Courses After Graduation in Nursing	Time Teaching the Consultation
E-AA	BR	57 Years old	Graduação em Enfermagem e Obstetrícia (UNIRIO). 1979 and Degree in Psychology – UNESA - 2009	Improvement in Public Health Nursing Qualification – Alfredo Pinto School 1980/ Specialization in Teaching in the Area of Hearing Impairment – UFRJ - 1992	7 Years
E-AB	BR	59 Years old	Degree in Nursing (Celso Lisboa – 2010)	-	4 Years
E-AC	BR	35 Years old	Degree in Nursing and Obstetrics. EEAN/ UFRJ - 2002	Specialization in Clinical and Surgical Nursing - UNIRIO- 2005	2 Years
E-AD	BR	43 Years old	School Souza Marques - 2001	Specialization in Health and Aging of the Elderly Person – National School of Public Health – 2008 Master in Nursing – EEAN-UFRJ - 2013	8 Years
E-AE	BR	63 Years old	Degree in Nursing and Obstetrics. EEAN/ UFRJ - 1978	Master in Nursing /EEAN – 1988 / Specialization in Geriatrics and Gerontology / UVA- 2003 / PhD in Nursing -EEAN-UFRJ - 2003	13 Years
E-AF	BR	59 Years old	Degree in Nursing – Alfredo Pinto Nursing School – 1978 /	Master in Nursing –EEAN-UFRJ – 2001 / PhD in Nursing -EEAN-UFRJ-2009	12 Years

Subject	Nationality	AGE	Place of Graduation and completion date	Courses After Graduation in Nursing	Time Teaching the Consultation
E-AG	BR	47 Years old	Degree in Nursing EEAN-UFRJ – 1992 / Degree in Law. University of the State of Rio de Janeiro, UERJ - 2000	Specialization in Higher Education - Higher Institute of Pedagogical Education- 1996 / Specialization in Nursing at Work – UGF-2003 / Master in Nursing –EEAN-1999 / PhD in Nursing – EEAN - 2004	20 Years
E-AH	BR	59 Years old	Degree in Nursing EEAN-UFRJ – 1986	Specialization in Pediatrics and Childcare – FELM – 1989 / MBA- Management in Health Services – EEAN-UFRJ – 2008/ Master in Nursing -EEAN-UFRJ-2014	20 Years
E-AI	BR	51 Years old	Degree in Nursing EEAN-UFRJ – 1999	Infectious Diseases at Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) and Obstetrics in EEAN/UFRJ	15 Years
E-AJ	PT	52 Years old	Degree in nursing - Abel Salazar Institute of Biomedical Sciences - University of Porto - 1986	Specialist in Mental and Psychiatric Health Nursing, Master of Science in Nursing and PhD in Nursing Sciences of the Abel Salazar Institute of Biomedical Sciences – University of Porto.	27 Years
E-AK	PT	59 Years old	School of Health of Guarda – IPG - 1991	Community Nursing - School of Health of Guarda – IPG.	10 Years
E-AL	PT	69 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 1978	-	16 Years
E-AM	PT	48 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 1992	Postgraduate Degree in Wound Care and Tissue Regeneration - School of Health of Viseu.	19 Years
E-AN	PT	48 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 1991	-	20 Years
E-AO	PT	33 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 2007	Master in Healthcare Management – School of Health -IPG	09 Years
E-AP	PT	49 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 1991	Master in Community Health Nursing – School of Health of Guarda – IPG.	24 Years
E-AQ	PT	57 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 1884	Community Health Nursing – Coimbra Nursing School; Master in the University of Lisbon – Scope of School Health	32 Years
E-AR	PT	42 Years old	Beja School of Nursing – Polytechnic Institute of Beja - Alem Tejo - 1987	Mental Health and Psychiatry – School of Health of Guarda - IPG	18 Years
E-AS	PT	39 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 2000	Master in Health Unit – University Covilha Portugal Master in Community Health – Viseu Higher School of Health	16 Years
E-AT	PT	42 Years old	Dr Angelo da Fonseca Nursing School and Nursing Degree – 1988	Master in Health Communication – Universidade Aberta partnership with the Fernanda Rezende Nursing School	17 Years
E-AU	PT	39 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 1999	Specialization in Rehabilitation – Coimbra University	18 Years

Subject	Nationality	AGE	Place of Graduation and completion date	Courses After Graduation in Nursing	Time Teaching the Consultation
E-AV	FR	48 Years old	Undergraduate and Licentiate in Nursing – School of Nursing at the Lisbon Red Cross - 2000	Specialization and Master in Public Health – University of Vizeu	16 Years
E-AX	PT	40 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 2000	Specialization in Rehabilitation – Coimbra University	15 Years
E-AZ	PT	48 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 1992	-	24 Years
E-BA	PT	69 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 1992	-	37 Years
E-BB	PT	33 Years old	School of Health of Guarda – IPG- 2005	Specialization in Rehabilitation – Coimbra University	10 Years

4. DISCUSSION

After the analysis of the speeches, it was possible to understand and comprehend the meaning of the elderly in the educational action on the sexuality of the elderly in the context of nursing consultation by making the study's "reason-because": description of preconceived ideas and the lack of understanding of the sexuality of the elderly and the influence of the cultural aspects involved in the context of the nursing consultation.

Thus, through the phenomenon itself, the following categories emerge after the comprehensive analysis: Preconceived ideas between nurses and the elderly; Interpretations on sexuality and sex between nurses and the elderly; Cultural aspects involved between nurses and the elderly.

4.1 Category: Preconceived ideas between nurses and the elderly

After the analysis, we observed that the meaning not perceived by the nurses was neglected by the distorted ideas of sexuality and by assumptions, considering the elderly beings asexual and devoid of sexuality. This stereotype, already established by society, prevents the interpretation of non-verbal signals transmitted at the time of the face-to-face relationship, provided by the consultation context. This appears when reporting preconceived ideas on the subject, justifying the non-approach.

“I think it's a unique opportunity! Thus, taking into account the elderly clientele, so to speak. (...) a generation where sex was a taboo. Many preconceptions about talking about the subject, and in the nursing consultation, I think the nurse has this opportunity (...)" [E-AA]

For Schutz (2012), relationships interpreted by a "face-to-face" relationship, such as the body of the other, events occurring in his/her body (blushing, smile), bodily movements, activities performed (walking, talking, manipulating things), can be understood as meanings.

In the context of the study, it would be the exchange of knowledge established in the teaching and learning process on sexuality, evidenced by the interrelation relationship established at the moment of the consultation.

4.2 Category: Interpretations on sexuality and sex between nurses and the elderly

Sexuality encompasses more than the physical ability to have sexual intercourse. However, after the immersion of the interviews, we identified that there is still a lack of understanding of the meaning of the words "sexuality" and "sex". However, those who know this complexity, because of the preconceived ideas, can not put them into practice.

In some cases, when the recorder was turned off, the study participants reported that they had not learned this complexity of the subject at undergraduate level and, in their professional experience, they felt the need, since there was a clinical tendency for disease prevention and health promotion to be replicated not only in practice, but also in theory, from the view of sexuality only as human behavior in the face of libido, and sex as sexual relation, disassociated from human sexuality.

Often by the need expressed by the user himself. Other times, due to the need we detected in the course of the consultation.

“So today, it is part of the script of the nursing consultation and we ask about the expression of sexuality, the difficulties that the person has, the question of pleasure..." [E-E]

4.3 Category: Cultural aspects involved between nurses and the elderly.

To understand the similarities of behavior of the study participants, we can not forget the cultural existence initiated by our own Portuguese language. In addition, due to our colonization, we inherited other traditions, such as the Catholic religion, the religious calendar, the cuisine, as well as important feasts such as the carnival and the June festivals. All these similarities can be understood as the world of the natural attitude (Schutz, 2012). There is a parallel with colonization, the world of daily life, considered as an intersubjective world, which existed long before our birth and has already been tried and interpreted by our predecessors.

Thus, we understand, from the analysis of the speeches, the stock of experiences at hand of the world in which we live, this is the life experience of the nurses.

“Of course, if we think about sexuality only from the genital point of view we are reducing it completely to a dimension that is not the most acceptable, but if we also describe it from the point of view of affect or relational, we are also exploring other dimensions that are present. Oh! Also from the sociocultural point of view, which is what we feel. Oh! It marks because the sexual history and our sexual experience is determined and it is determinant in the approach that we do from the point of view of the sexuality of the elderly person.” [E-AJ]

Despite the public policies aimed at the elderly, nurses understand the need to work on the issue of sexuality, but they continue to resignify it, as happened with them when graduating. Therefore, it is the responsibility of preparing future qualified nurses to work at all levels of complexity of the assistance to the human being in its entirety, in the context of the Unified Health System (SUS), in a critical-reflexive-creative perspective, committed to the promotion and prevention of pathologies inherent to the aging process, but adapting biopsychosocial issues related to sexuality.

Although the consultation was implemented by assistant nurses and teaching nurses, the subjectivity and intersubjectivity were present due to the contextualization of the "reason-because" about the lack of compression of the meaning between sexuality and sex, relevant for establishing health actions with visions prevention of pathologies specific to the aging process.

Therefore, the intentionality about the educational action sexuality of the elderly, in the context of the nursing consultation, is typical for those people who understand and share it, seeking the coherent interpretation of the nurses on sexuality in relation to the elderly, with the acceptance of the approach as normal attitude of the aging process.

CONCLUSIONS

After analyzing the data of the nurses, it was verified that because they did not discuss sexuality in the context of the consultation of the elderly, there is a lack of correct interpretation between the meaning of sexuality and sex, and the proof of the understanding of preventive clinical care nurses is only in relation to diseases linked to sex.

However, when motivated by the questions of the script of semi-structured questions, they demonstrated an understanding of sexuality as affective relationships that provide quality of life. Thus, it appeared as a definition for the nurses: the approach of the biomedical paradigm, based on humanization and biopsychosocial understanding on the sexuality of the elderly, with the intention of providing an active quality of life.

In addition, the results presented meet the professional and teaching practice in the line of research on the elderly, evidencing psychological, affective and cognitive manifestations, causing several physiological and mental consequences, which can lead to psychic suffering, depression and even death of the elderly. We realize that to feel alive again, the pulsar of energy, the pleasure of movement, and self-confidence, are elements that help the elderly to renew the meaning of life and the will to live. Key factors for psychosocial rehabilitation. Thus, throughout our research line, we verified the need for actions using technology, which could help nurses to provide quality of life for the elderly.

With the end of the thesis, and realizing the need of the elderly, continuing the research line, I started the postdoctoral stage with the development of an application, developed with a technological educational program, with the purpose of contribute to the process of promote the health, disease prevention and the identification of the priorities of the elderly.

It has been proven that the elderly not only can, but also wish to receive new information related to their health care, with the help of technology. To meet this demand, we validated a mental health and quality of life questionnaire, available on Facebook, after the patent was filed, under the number: BR 1020170209385, having as target audience the elderly and their caregivers; researchers and health professionals. With this, we broadened our reflection regarding the quality of life of the elderly.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors stated that there was no conflict of interests.

ACKNOWLEDGEMENTS

To the divine force, which always accompanies me and which has lately made me understand the true meaning of faith after so many losses in such a short time.

To my mother, Creuza (*in memorian*), my father, Ronald (*in memorian*) and my aunt, Rita (*in memorian*), by the influence of their attitudes, bequeathing me important ethical and moral values, teaching me to be tolerant with the different. I am eternally grateful for the unconditional love you have given me while I was able to enjoy your company.

To my dear and beloved husband, Alvaro, for his friendship, complicity, patience, encouragement and detachment in understanding my seclusion. Your support in times of difficulty is a beautiful demonstration of love. I admire and respect you deeply.

To my dear and beloved son, Vinicius, for the companionship that he has always shown. I take this opportunity to apologize for the absences and little patience due to the moment lived and shared by all of us. May God illuminate your beautiful trajectory. My greatest pride.

REFERENCES

- Brazil. (2002). Secretariat of Health Policies. Health Promotion Project. The Letters of Health Promotion. Ministry of Health. Accessed on: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf – 2016.
- National Institute of Geography and Statistics. (2014). Population Indicators. Portugal. Accessed on: <http://www.ibge.gov.br/home> - 2016.
- National Institute of Geography and Statistics. (2012). Definitive Results. Accessed on: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE – 2016.
- United Nations Organization (2014). Inclusion and public policies for the elderly. Brazil. Accessed on: <http://nacoesunidas.org/em-dia-internacional-onu-pede-inclusao-e-politicas-publicas-para-os-idosos> - 2016.
- Saraiva, R.J, Rosas, A.M.T.F, Marques, E.M.B.G, Valente, G.S.C. (2017). Outcome Thesis on sexuality of the elderly in the context of the nursing consultation: a phenomenological analysis of Brazilians and Portuguese. *Minutes of the 6th Ibero-American Congress on Qualitative Research (Volume 2 - Qualitative Research in Social Sciences)*. Oliveira de Azeméis - Aveiro - PORTUGAL: Ludomedia. Accessed on: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1495.pdf>.
- Schutz, A. (2012). *Bases of phenomenology*. In: Wagner H, organizador. Phenomenology and social relations: texts chosen from Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar.
- Silva, G.M.D, Lima, S.M.R.R & Moraes J.C. (2013). Evaluation of sexual function in postmenopausal women with metabolic syndrome. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 35(7), 301-308. Accessed on: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n7/04.pdf>.

A SEXUALIDADE DO IDOSO NO CONTEXTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DE LUSO-BRASILEIROS

THE SEXUALITY OF THE ELDERLY IN THE NURSING CONSULTATION CONTEXT: A PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF LUSO-BRAZILIANS

LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA: UN ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO DE LUSO-BRASILEÑOS

Renata Saraiva¹

Ann Rosas²

Ermelinda Marques³

Geilsa Valente⁴

¹ *Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil*

² *Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, Brasil*

³ *Instituto Politécnico da Guarda. Escola de Saúde da Guarda, Portugal*

⁴ *Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, Brasil.*

Renata Saraiva - renatajabour2014@gmail.com | Ann Rosas - annmaryrosas@gmail.com | Ermelinda Marques - emarques@ipg.pt | Geilsa Valente - geilsavalente@yahoo.com.br



Autor Correspondente

Renata Saraiva

Universidade Estácio de Sá

Estr. do Mendanha, 555 - Campo Grande, Rio de Janeiro - RJ,
23087-284, Brasil

renatajabour2014@gmail.com

RECEBIDO: 4 de dezembro de 2017

ACEITE: 18 de janeiro de 2018

RESUMO

Introdução: Ao ouvir idosos no Brasil e em Portugal, houve a intenção de promover discussões reflexivas que compartilhassem experiências e vivências, no intuito de interagir com a pluralidade cultural existente entre os dois países para o auxílio da compreensão da sexualidade de idosos e, das possíveis mudanças comportamentais adquiridas após ações implementadas em situação de aprendizado.

Objetivos: Descrever, compreender e discutir a inter-relação entre enfermeiros e clientes na ação educativa sobre a sexualidade do idoso no contexto da consulta de enfermagem.

Métodos: Resultado tese sobre a sexualidade dos idosos no contexto da consulta de enfermagem, traduzido em uma revisão sistemática. A relevância ocorreu em ouvir idosos e enfermeiros no Brasil e em Portugal, com a intenção de promover discussões reflexivas que compartilhassem experiências e vivências de interação com a pluralidade cultural existente. Participaram 41 idosos e 26 enfermeiros. Cenários utilizados foram o HESFA- Brasil e IPG - Portugal, em concordância com os critérios éticos, Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12.

Resultados: Apresentaram-se como categorias concretas do vivido, que revelaram os "motivos-porque" dos idosos e dos enfermeiros.

Conclusões: Portanto, a ausência da intenção demonstra a necessidade de discussão sobre o assunto na teoria desde a graduação e, no campo prático, nas consultas de enfermagem.

Palavras-chaves: "Enfermagem"; "Consulta"; "Gerontologia"; "Sexualidade".

ABSTRACT

Introduction: Listening to elderly people in Brazil and Portugal, it was intended to promote reflective discussions that shared experiences and experiences, in order to interact with the cultural plurality existing between the two countries to help the understanding of the sexuality of the elderly, and of the possible behavioral changes acquired after actions implemented in a learning situation.

Objectives: Describe, understand and discuss the interrelation between nurses and clients in the educational action on the sexuality of the elderly in the context of the nursing consultation.

Methods: Outcome thesis on the sexuality of the elderly in the context of the nursing consultation, translated into a systematic review. The relevance was to listen to elderly and nurses in Brazil and Portugal, with the intention of promoting reflective discussions that shared experiences and experiences of interaction with the existing cultural plurality. 41 elderly people and 26 nurses participated. Scenarios used were HESFA - Brazil and IPG - Portugal, in accordance with the ethical criteria, National Health Council, resolution 466/12.

Results: They were presented as concrete categories of the lived, which revealed the "reasons-why" of the elderly and the nurses.

Conclusions: Therefore, the absence of intention demonstrates the need to discuss the subject in theory since graduation and, in the practical field, in nursing consultations.

Keywords: "Nursing"; "Consultation"; "Gerontology"; "Sexuality".

RESUMEN

Introducción: Al oír a ancianos en Brasil y Portugal, hubo la intención de promover discusiones reflexivas que compartieran experiencias y vivencias, con el fin de interactuar con la pluralidad cultural existente entre los dos países para el auxilio de la comprensión de la sexualidad de ancianos y de las posibles cambios de comportamiento adquiridos después de acciones implementadas en situación de aprendizaje.

Objetivos: Describir, comprender y discutir la interrelación entre enfermeros y clientes en la acción educativa sobre la sexualidad del anciano en el contexto de la consulta de enfermería.

Métodos: Resultado tesis sobre la sexualidad de los ancianos en el contexto de la consulta de enfermería, traducido en una revisión sistemática. La relevancia ocurrió en oír a ancianos y enfermeros en Brasil y Portugal, con la intención de promover discusiones reflexivas que compartieran experiencias y vivencias de interacción con la pluralidad cultural existente. Participaron 41 ancianos y 26 enfermeros. Los escenarios utilizados fueron HESFA-Brasil e IPG - Portugal, en concordancia con los criterios éticos, Consejo Nacional de Salud, resolución 466/12.

Resultados: Se presentaron como categorías concretas de lo vivido, que revelaron los "motivos-porque" de los ancianos y de los enfermeros.

Conclusiones: Por lo tanto, la ausencia de la intención demuestra la necesidad de discusión sobre el tema en la teoría desde la graduación y, en el campo práctico, en las consultas de enfermería.

Palabras Clave: "Enfermería"; "Consulta"; "Gerontología"; "Sexualidad".

INTRODUÇÃO

No Brasil, é considerado idoso aquele que possui 60 anos ou mais de idade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que em 2050, haverá dois bilhões de indivíduos com mais de 60 anos, longevos, tornando-se um dos maiores êxitos populacionais no século XXI (ONU, 2014).

Já o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), descreve que idosos com idade superior a 60 anos somam 23,5 milhões, mais que o dobro do registrado em 1991, quando, na mesma faixa etária, havia 10,7 milhões. A participação da população com idade superior a 65 anos avançou de 5,9%, em 2000, para 7,4%, em 2010 (IBGE, 2014).

Neste sentido, acredita-se que as motivações referentes ao idoso orientarão a adoção de medidas normativas, frente à nova realidade demográfica mundial do século XXI (Brasil, 2002). Entretanto, ainda é preciso atender às especificidades dos idosos em relação a sua sexualidade (Saraiva et al, 2017)

Percebemos, ao analisar os dados estatísticos, que mudanças de abordagem em relação à sexualidade do idoso poderiam ser implantadas tanto no Brasil quanto em Portugal, contribuindo com o planejamento de serviços que venham ao encontro das necessidades, repensando o sistema vigente e adequando-o às novas realidades, porém, esta reflexão precisaria ser rápida, pois também ocorre o envelhecimento da população.

O artigo se faz atual e relevante devido à ausência de estudos na área de análise compreensiva sobre a temática da sexualidade do idoso no Curso de Enfermagem, podendo ser evidenciada por meio do estado da arte. Neste sentido, realizamos uma revisão sistemática de 2.320 artigos, 20 Dissertações e 18 Teses. Revisão elaborada por meio de busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) do sistema BIREME: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); PubMed; Cochrane.

Por estes motivos, o estudo deu voz aos idosos, para compreender o significado da sua sexualidade, no contexto da consulta de enfermagem, em seu novo momento de vida. E, teve como objetivos descrever, compreender e discutir a subjetividade e a intersubjetividade entre enfermeiros e clientes na ação educativa sexualidade do idoso no contexto da consulta de enfermagem.

1. ESTADO DA ARTE

Além das bases de dados já descritas, utilizou-se acervo da Biblioteca do Instituto Politécnico da Guarda e o acervo virtual das Bibliotecas: Minerva/UFRJ/EEAN- Rio de Janeiro-Brasil; Biblioteca Virtual da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra; Faculdade de Ciências Naturais e Humanas - Universidade de Nova Lisboa; Biblioteca Virtual da Universidade do Porto; Biblioteca Virtual da Universidade do Minho; Biblioteca Virtual da Universidade Pontifícia de Salamanca-Espanha; Biblioteca Nacional Digital Europeia; Biblioteca Digital da Universidade Aberta; Centro de Conhecimento dos Açores; Biblioteca Digital Mundial: Copenhagen Manuscripts; Digital Library Initiatives; The European Digital Library Treasures; Gallica; New York Public Library; New York State Library Treasures in Full - British Library; Portal Domínio Público.

Como recorte temporal, 1990 a 2016. O ano de 1990 foi estabelecido em razão da Lei Orgânica de Saúde número 8.080/90, que deu início à normatização de mudanças no atendimento aos idosos nos setores de saúde com critérios de acesso a prestação de assistência integral com ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, visando à manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos numa visão multidisciplinar. Como área de conhecimento: enfermagem, educação, gerontologia, fenomenologia. Idioma dos artigos selecionados: português, inglês, francês e espanhol. Para o enfoque do conteúdo utilizamos como palavras-chave: enfermagem, consulta, gerontologia, idoso, ensino, sexualidade. Do material analisado, apenas um artigo foi elegível para o estudo.

Observamos que a maioria dos escritos trata da sexualidade do idoso como prevenção das DST, câncer e reposição hormonal na mulher idosa, no qual citam que a função sexual é uma das principais causas de preocupação das mulheres para histerectomia programada. Retratam que o processo de envelhecimento requer a conscientização dos profissionais de saúde de que os idosos são sexualmente ativos, portanto expostos às DST, e que se deve tornar a questão do uso do preservativo um assunto natural tanto durante as consultas, como nos grupos e eventos organizados que atinjam esta população. Descrevem a sexualidade do idoso com o intuito de analisar a prática sexual, ligado aos mitos e tabus.

Após análise das amostras, observamos que, apesar dos artigos publicados, houve um declínio no ano de 2010 e um maior número de publicações em 2011. Em relação ao nível de evidência, prevaleceu o nível IV, considerando estudos descritivos com abordagem qualitativa, com a pergunta norteadora = De que forma é vivenciada a sexualidade do idoso?

Assim, todos foram excluídos por não preencherem as especificidades do estudo e ratificando, até o momento, a lacuna no conhecimento em relação à temática apresentada. Portanto, ainda necessitamos de estudos que reflitam essas diferenças que perpassam as trajetórias de vida dessa população apesar dos instrumentos legais existentes como a Constituição Federal, as Políticas Públicas, Estatutos e Relatórios.

A partir desta inquietação, idosos foram ouvidos inicialmente no Brasil e depois em Portugal, com a intenção de possibilitar um novo olhar ao estudo, levando-se em consideração ser um país com número maior de idosos, longevos e por terem melhor

qualidade de vida. Os dados divulgados pelo último Recenseamento Geral da População, promovido pelo Instituto Nacional de Estatística, datado de 21 de março de 2011, (consideram-se neste país, idoso o indivíduo com 65 anos ou mais de idade) indicam um recuo na população de jovens, situando-se em 15%, enquanto a de idosos aumentou, ocupando 19% do total da população (INGE, 2012).

Estas variações têm como consequência um desequilíbrio, o qual enseja a diminuição da base da pirâmide demográfica representada pela população mais jovem e o alargamento de seu topo, que retrata o crescimento da população idosa.

Ao ouvir idosos no Brasil e em Portugal, tivemos a intenção, além de um novo olhar, de promover discussões reflexivas que compartilhassem experiências e vivências, no intuito de interagir com a pluralidade cultural existente entre os dois países para o auxílio da compreensão da sexualidade deste grupo e, das possíveis mudanças de comportamentos adquiridas após ações implementadas em situação de aprendizado. Haja vista a necessidade de novos modelos na prestação de serviços de saúde que possibilitem o atendimento qualificado, o que exigirá melhor formação dos profissionais para que cuidem da saúde dos idosos de forma condizente com a realidade atual (Silva et al., 2013).

2. MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz, cuja importância é a utilização de métodos que explorem o máximo dos fenômenos captados da pesquisa. Seus resultados estão baseados nas experiências da vida real de pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira-mão (Wagner, 2012).

Tendo em vista a especificidade da temática, optou-se por fazer uso da Fenomenologia Sociológica de Alfred Schultz, por entender adequadamente no articular do artigo. Para isso, foi necessário ouvir os enfermeiros, buscando sua intencionalidade sobre a sexualidade dos idosos, através da contextualização do motivo-porque, com a intenção de compreender as ações que impulsionaram os planejamentos e execuções de atividades singulares para cada idoso acolhido na consulta de enfermagem.

A pesquisa teve como cenário do estudo, as dependências do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Brasil, que atua com o ensino da consulta de enfermagem ao adulto idoso, localizada no município do Rio de Janeiro. E como complementação de cenário do estudo, houve coleta de dados em Portugal, em três Centros de Dia; um Centro de Convívio; uma Unidade Mista com Centro de dia e Lar; uma Unidade de Saúde da Família; um Centro de Saúde; um Hospital; e uma Academia Sênior na Cidade da Guarda Portugal.

Participaram da pesquisa 26 enfermeiros. Nacionalidade brasileira (09), nacionalidade portuguesa (16) e de nacionalidade francesa (1). Faixa etária entre 33 e 69 anos. Relativo à graduação em enfermagem: 07 concluíram em universidades públicas e 19 em faculdades, universidades e escolas de saúde politécnica, porém particulares. Houve também relatos de outra graduação como: Graduação em Psicologia e Graduação em Direito.

Já em relação à Pós-graduação *Lato Sensu*, apenas 05 não possuem; na Especialização *Stricto Sensu*, encontrou-se: 10 Mestres e 03 Doutores. Em relação ao tempo que realizam a consulta de enfermagem ao idoso: menor tempo 02 anos e maior tempo 37 anos.

Os enfermeiros foram identificados por letras do alfabeto: E (enfermeiro mais a letra do alfabeto, na língua portuguesa). Desta forma, foram entrevistados individualmente, mediante gravação eletrônica (MP3). Como critério de confiabilidade foi permitido, posteriormente, ouvir sua entrevista.

Para a coleta dos dados, foi utilizada a entrevista com abordagem fenomenológica, semiestruturada, com um roteiro inicial, no qual foi possível compreender o tipo do fenômeno dos participantes da pesquisa.

Compreendeu-se à luz de Schutz, que a intencionalidade dos participantes e a compreensão da subjetividade e da intersubjetividade proporcionada pela empatia da relação face a face, demonstrada no momento das entrevistas, fez emergir o fenômeno natural genuíno das relações humanas, sem levar em consideração seus valores, proporcionando a compreensão da contextualização do motivo-porque e de suas categorias (Wagner, 2012).

Para organização dos dados, objetivando chegar ao típico da ação dos sujeitos, utilizou-se a trajetória metodológica fenomenológica da teoria de Alfred Schutz (2012), percorrendo os seguintes passos:

- Apreensão das falas nas entrevistas, para descrever o tipo vivido dos sujeitos;
- Transcrição imediata das entrevistas, excluindo os erros de português, visando preservar a subjetividade da relação face a face pesquisador-participante do estudo;
- Leitura atenta e minuciosa, para transformar o que mostrou-se subjetivo em objetivo, com a finalidade de agrupar em categorias as significações encontradas;
- Emprego de cognomes, para expressar as significações, e para manter o anonimato;
- A intencionalidade do tipo vivido dos participantes, por meio dos motivos-para e motivos-porque.

Tal atitude representa a atividade própria do pesquisador em identificar, a partir das falas, a elaboração de categorias concretas do vivido. Logo, a tipicidade abre-se e fecha-se conforme o grau de anonimato e de familiaridade.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas de acordo com a Resolução 466/12, publicada em 13 de junho de 2013, os participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas a partir da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 13 de novembro de 2014, sob o número: 36876114.6.0000.5238.

As falas dos participantes da pesquisa serão armazenadas pelo período de cinco anos, e descartadas após seu decurso, em respeito à opinião e à dignidade humana, envolvendo o progresso da ciência e da tecnologia, atuais e potenciais, que deve resultar em benefícios, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, assim como a defesa e a preservação do meio ambiente, tanto para o presente, quanto para as futuras gerações.

3. RESULTADOS

Dos 26 enfermeiros entrevistados, 09 são docentes e acompanham alunos em campo de estágio e 17 são enfermeiros assistenciais, porém, todos trabalham com idosos. Embora um participante de pesquisa seja francês, graduou-se em Lisboa e fez Mestrado em Vizeu. Do total entrevistado, constatamos um número maior de enfermeiros com faixa etária entre 57 e 60 anos, e um total de 03 enfermeiros próximos do período de afastamento profissional, uma vez que em Portugal a idade mínima para requerer aposentadoria por idade é de 65 anos para homens e mulheres.

No Brasil, a aposentadoria por idade é um benefício devido ao trabalhador que comprovar o mínimo de 180 meses de trabalho, além da idade mínima de 65 anos para o homem e de 60 anos para a mulher. Já para o “segurado especial” (agricultor familiar, pescador artesanal, indígena, etc), a idade mínima é reduzida em cinco anos. Entretanto, na faixa etária de 33 a 40 anos, existe um total de 06 enfermeiros, 02 são brasileiros e 07 são portugueses, portanto, um número maior de novos enfermeiros contribuindo para a renovação da profissão.

A média de idade dos enfermeiros é semelhante entre os dois países com as mesmas fundamentações de ensino em relação à sexualidade do idoso, sendo comprovado nas entrevistas e ratificado pela análise dos dados, com a necessidade de qualificação profissional para dar suporte tanto ao enfermeiro da prática quanto ao enfermeiro docente. Dos 26 enfermeiros, 05 optaram por cursos *Lato Sensu* ou para dar suporte à prática ou para servir de base ao curso *Stricto Sensu*.

Comprovou-se com os resultados, que a relação de espaço e tempo estabelecida entre os participantes da pesquisa e o entrevistador, revelou a contextualização dos “motivos-porque” em categorias. Porém, para chegar a esta conduta metodológica, torna-se necessário buscar a fundamentação do conceito de Schutz sobre o “motivo-para”, em que a intenção do ato projetado, precisa ser realizada por uma ação futura.

Quadro 1 – Caracterização dos Enfermeiros

Sujeito	Nacionalidade	IDADE	Local da Graduação e data de conclusão	Cursos após a Graduação em Enfermagem	Tempo que Ensina a Consulta
E-AA	BR	57 Anos	Graduação em Enfermagem e Obstetrícia (UNIRIO). 1979 e Graduação em Psicologia – UNESA - 2009	Aperfeiçoamento em Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública – Escola Alfredo Pinto 1980 / Especialização em Magistério na Área da Deficiência Auditiva – UFRJ - 1992	7 Anos
E-AB	BR	59 Anos	Graduação em Enfermagem (Celso Lisboa – 2010)	-	4 Anos
E-AC	BR	35 Anos	Graduação em Enfermagem e Obstetrícia. EEAN/ UFRJ - 2002	Especialização em Enfermagem Clínica e Cirúrgica - UNIRIO- 2005	2 Anos
E-AD	BR	43 Anos	Faculdade Souza Marques - 2001	Esp.Saúde e Envelhecimento da Pessoa Idosa – Escola Nacional de Saúde Pública – 2008 Mestrado em Enfermagem – EEAN-UFRJ - 2013	8 Anos

Sujeito	Nacionalidade	IDADE	Local da Graduação e data de conclusão	Cursos após a Graduação em Enfermagem	Tempo que Ensina a Consulta
E-AE	BR	63 Anos	Graduação em Enfermagem e Obstetrícia. EEAN/ UFRJ - 1978	Mestrado em Enfermagem/EEAN – 1988 / Especialização em Geriatria e Gerontologia/ UVA- 2003 / Doutorado em Enfermagem-EEAN-UFRJ - 2003	13 Anos
E-AF	BR	59 Anos	Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – 1978 /	Mestrado em Enfermagem –EEAN-UFRJ – 2001 / Doutorado em Enfermagem-EEAN-UFRJ-2009	12 Anos
E-AG	BR	47 Anos	Graduação em Enfermagem EEAN-UFRJ – 1992 / Graduação em DIREITO. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ - 2000	Especialização em Especialização em Docência Superior - Instituto Superior de Ensino Pedagógico.- 1996 / Especialização em Enfermagem do Trabalho – UGF-2003 / Mestrado em Enfermagem –EEAN-1999 / Doutorado em Enfermagem – EEAN - 2004	20 Anos
E-AH	BR	59 Anos	Graduação em Enfermagem EEAN-UFRJ – 1986	Especialização em Pediatria e Puericultura – FELM – 1989 / MBA-Gestão em Serviços de Saúde – EEAN-UFRJ – 2008/ Mestrado em Enfermagem-EEAN-UFRJ-2014	20 Anos
E-AI	BR	51 Anos	Graduação em Enfermagem EEAN-UFRJ – 1999	Doenças Infecciosas na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Obstetrícia na EEAN/UFRJ	15 Anos
E-AJ	PT	52 Anos	Licenciatura em Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto - 1986	Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Mestrado em Ciências da Enfermagem e Doutorando em Ciências da Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.	27 Anos
E-AK	PT	59 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 1991	Enfermagem na Comunidade - Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG.	10 Anos
E-AL	PT	69 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG- 1978	-	16 Anos
E-AM	PT	48 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 1992	Pós-graduação em Tratamento de Feridas e Regeneração Tecidual - Escola Superior de Saúde de Viseu.	19 Anos
E-AN	PT	48 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 1991	-	20 Anos
E-AO	PT	33 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 2007	Mestrado em Gestão de Saúde – Escola Superior de Saúde-IPG	09 Anos
E-AP	PT	49 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 1991	Mestrado Enfermagem em Saúde Comunitária – Escola Superior de Saúde – IPG.	24 Anos
E-AQ	PT	57 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 1884	Enfermagem em Saúde Comunitária – Escola de Enfermagem de Coimbra; Mestrado na Universidade de Lisboa – Âmbito da Saúde Escolar	32 Anos

Sujeito	Nacionalidade	IDADE	Local da Graduação e data de conclusão	Cursos após a Graduação em Enfermagem	Tempo que Ensina a Consulta
E-AR	PT	42 Anos	Escola de Enfermagem de Beja – Instituto Politécnico de Beja - Alem Tejo - 1987	Saúde Mental e Psiquiatria – Escola Superior de Saúde da Guarda - IPG	18 Anos
E-AS	PT	39 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 2000	Mestrado em unidade de Saúde – Universidade Corvilha Portugal Mestrado em Saúde Comunitária – Escola Superior de Saúde de Vizeu	16 Anos
E-AT	PT	42 Anos	Escola Superior de Enfermagem Dr Ângelo da Fonseca e Licenciatura em Enfermagem – 1988	Mestrado em Comunicação em Saúde – Universidade Aberta parceria com a Escola de Enfermagem Fernanda Rezende	17 Anos
E-AU	PT	39 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 1999	Especialização em Reabilitação – Universidade de Coimbra	18 Anos
E-AV	FR	48 Anos	Graduação e Licenciatura em Enfermagem – Escola de Enfermagem na Cruz Vermelha de Lisboa - 2000	Especialização e Mestrado em Saúde Pública – Universidade de Vizeu	16 Anos
E-AX	PT	40 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 2000	Especialização Enfermagem em Reabilitação - Universidade de Coimbra	15 Anos
E-AZ	PT	48 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 1992	-	24 Anos
E-BA	PT	69 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 1992	-	37 Anos
E-BB	PT	33 Anos	Escola Superior de Saúde da Guarda – IPG - 2005	Especialização em Reabilitação – Universidade de Coimbra	10 Anos

4. DISCUSSÃO

Após a análise das falas, foi possível apreender e compreender o significado dos idosos na ação educativa sobre a sexualidade do idoso no contexto da consulta de enfermagem fazendo-se emergir o “motivo-porque” do estudo: descrição de ideias pré-concebidas e a ausência de compreensão da sexualidade do idoso e a influência dos aspectos culturais envolvidos no contexto da consulta de enfermagem.

Assim, por meio do próprio fenômeno, surgem após a análise compreensiva, as categorias: Ideias pré-concebidas entre enfermeiros e idosos; Interpretações sobre sexualidade e sexo entre enfermeiros e idosos; Aspectos culturais envolvidos entre enfermeiros e idosos.

4.1 Categoria: Ideias pré-concebidas entre enfermeiros e idosos

Após a análise, observamos que o significado não apreendido pelos enfermeiros foi sonogado pelas ideias distorcidas da sexualidade e por pressupostos, por considerar os idosos seres assexuados e desprovidos de sexualidade. Este estereótipo, já estabelecido pela sociedade, impede a interpretação dos sinais não verbais transmitidos no momento da relação “face a face”, proporcionada pelo contexto da consulta. Isto aparece ao relatarmos ideias pré-concebidas sobre o tema, justificando a não abordagem.

“Eu acho que é uma oportunidade ímpar! Assim, levando em conta a clientela idosa, por assim dizer. (...) uma geração que realmente, sexo era um tabu. Muitos preconceitos de falar sobre o assunto, e na consulta de enfermagem eu acho que o enfermeiro tem essa oportunidade (...)” [E-AA]

Para Schutz (2012), as relações interpretadas por uma relação “face a face”, como o corpo do outro, os eventos que ocorrem em seu corpo (enrubescimento, sorriso), os movimentos corporais, atividades realizadas (andar, falar, manipular coisas), podem ser apreendidas como significados.

No contexto do estudo, seria a troca de conhecimentos estabelecida no processo de ensino e aprendizagem sobre a sexualidade, evidenciada pela relação inter-relacional estabelecida no momento da consulta.

4.2 Categoria: Interpretações sobre sexualidade e sexo entre enfermeiros e idosos

A sexualidade abrange mais do que a capacidade física para ter relação sexual. Entretanto, após a imersão das entrevistas, identificamos que ainda persiste a não compreensão do significado das palavras “sexualidade” e “sexo”. No entanto, aqueles que sabem desta complexidade, devido às ideias pré-concebidas, não conseguem pô-las em prática.

Em alguns casos, ao desligar o gravador, os participantes do estudo informaram não ter aprendido esta complexidade do tema na graduação e, na vivência profissional, sentem a necessidade, pois existe uma tendência clínica de prevenção de doenças e promoção de saúde a ser replicada não só na prática, mas também na teoria, da visão de sexualidade apenas como comportamento humano em face à libido, e o sexo como relação sexual, desassociada da sexualidade humana.

Muitas vezes pela necessidade verbalizada pelo próprio usuário. Outras vezes pela necessidade que nós detectávamos no curso da consulta.

“Então, hoje, ela faz parte do roteiro da consulta de enfermagem e nós indagamos acerca da expressão da sexualidade, das dificuldades que a pessoa tem, pela questão do prazer...” [E-E]

4.3 Categoria: Aspectos culturais envolvidos entre enfermeiros e idosos.

Para entender as semelhanças de comportamento dos participantes do estudo, não podemos esquecer a existência cultural iniciada por nossa própria língua portuguesa. Além disso, ainda em virtude de nossa colonização, herdamos outras tradições, como a religião católica, o calendário religioso, a culinária, além de importantes festas, como o carnaval e as festas juninas. Todas essas semelhanças, podem ser compreendidas como o mundo da atitude natural (Schutz, 2012). Traça-se um paralelo com a colonização, o mundo da vida cotidiana, considerado como mundo intersubjetivo, que já existia muito antes de nosso nascimento e que já foi experimentado e interpretado por nossos antecessores.

Assim, compreendemos, a partir da análise das falas, o estoque de experiências à mão do mundo no qual vivemos, trata-se da bagagem de vida dos enfermeiros.

“Claro que se nós pensarmos na sexualidade só no ponto de vista genital estamos a reduzi-la completamente numa dimensão que não é a mais aceitável, mas se também descrevermos do ponto de vista do afeto ou relacional, também estamos a explorar outras dimensões que estão presentes. Eh! Também no ponto de vista sócio-cultural, que é o que nós sentimos. Eh! No forte, marca porque a história sexual e a nossa vivência sexual é determinada e é determinante na abordagem que nós fazemos do ponto de vista da sexualidade do idoso.” [E-AJ]

Apesar das políticas públicas dirigidas aos idosos, os enfermeiros compreendem a necessidade de trabalhar a questão da sexualidade, porém, continuam ressignificando-a, como ocorrido com eles quando graduandos. Por isso, a responsabilidade de prepararem-se futuros enfermeiros qualificados para atuar em todos os níveis de complexidade da assistência ao ser humano em sua integralidade, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), numa perspectiva crítico-reflexiva-criativa, compromissado com a promoção e prevenção de patologias inerentes ao processo de envelhecimento, mas adequando as questões biopsicossociais ligadas à sexualidade. Apesar da consulta ser implementada por enfermeiros assistenciais e por enfermeiros docentes, a subjetividade e a intersubjetividade fizeram-se presentes pela contextualização do “motivo-porque” sobre a ausência de compressão do significado entre sexualidade e sexo, relevante para estabelecer ações de saúde com visões preventivas de patologias específicas ao processo de envelhecimento.

Portanto, a intencionalidade sobre a ação educativa sexualidade do idoso, no contexto da consulta de enfermagem, mostra-se como típico para aquelas pessoas que as compreendem e compartilham buscando a interpretação coerente dos enfermeiros sobre sexualidade em relação aos idosos, com a aceitação da abordagem como atitude normal do processo de envelhecimento.

CONCLUSÕES

Ao aprofundar o estudo, após a análise dos dados dos enfermeiros, comprovou-se que por não abordarem sobre a sexualidade no contexto da consulta ao idoso, ocorre a ausência de interpretação correta entre o significado de sexualidade e sexo, e a comprovação do entendimento de cuidado clínico preventivo dos enfermeiros, apenas em relação às patologias ligadas ao sexo.

Porém, ao serem motivados pelas questões do roteiro de perguntas semiestruturadas, demonstraram compreensão da sexualidade como relações afetivas que proporcionam qualidade de vida. Assim, apareceu como definição para os enfermeiros: a abordagem do paradigma biomédico, fundamentado na humanização e no entendimento biopsicossocial sobre sexualidade do idoso, com a intenção de proporcionar qualidade de vida ativa.

Além disso, os resultados apresentados, foram ao encontro da prática profissional e docente, na linha de pesquisa sobre o idoso, ao evidenciar manifestações psicológicas, afetivas e cognitivas, ocasionando várias consequências fisiológicas e mentais, que podem levar ao sofrimento psíquico, depressão e até mesmo ao óbito do idoso. Percebemos que o voltar a sentir-se vivo, o pulsar da energia, o prazer do movimento, e a autoconfiança, são elementos que ajudam o idoso a renovar o sentido da vida e a vontade de viver. Fatores

fundamentais para a reabilitação psicossocial. Assim, ao longo de nossa linha de pesquisa, comprovamos a necessidade de ações com uso da tecnologia, que poderiam ajudar na ação do enfermeiro em proporcionar qualidade de vida ativa ao idoso.

Com o término da tese, e ao perceber a necessidade dos idosos, dando continuidade a linha de pesquisa, dei início ao estágio pós-doutoral com a elaboração de aplicativo, desenvolvido com programa educativo tecnológico, com a finalidade de contribuir no processo de promoção da saúde, prevenção das doenças e na identificação das prioridades do idoso.

Comprovou-se que os idosos não somente podem, mas também desejam receber novas informações relacionadas ao cuidado com a sua saúde, com a ajuda da tecnologia. Para atender a esta demanda, validamos questionário de prevenção de saúde mental e qualidade de vida, disponível no *Facebook*, após realização da patente depositada, sob o número: BR 1020170209385, tendo como público alvo o idoso e seus cuidadores; pesquisadores e profissionais de saúde. Com isso, ampliamos nossa reflexão em relação a qualidade de vida do idoso.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam a inexistência de conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

À força divina, que sempre me acompanha e que ultimamente me fez entender o verdadeiro sentido da fé após tantas perdas em tão pouco tempo.

À minha mãe, Creuza (*in memorian*), meu pai, Ronald (*in memorian*) e minha tia, Rita (*in memorian*), pela influência de suas atitudes, legando-me importantes valores ético-morais, ensinando-me a ser solidária e tolerante com os diferentes. Agradeço eternamente o amor incondicional dispensado a mim enquanto pude usufruir de suas companhias.

A meu querido e amado marido, Alvaro, por sua amizade, cumplicidade, paciência, incentivo e desprendimento ao entender meu afastamento. Seu apoio nos momentos de dificuldade é uma linda demonstração de amor. Admiro-o e respeito-o profundamente.

A meu querido e amado filho, Vinicius, pelo companheirismo que sempre demonstrou. Aproveito para pedir desculpas pelas ausências e pouca paciência em virtude do momento vivido e compartilhado por todos nós. Que Deus ilumine sua linda trajetória. Meu maior orgulho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Acedido em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf – 2016.
- Instituto Nacional de Geografia e Estatística. (2014). Indicadores Populacionais. Portugal. Acedido em: <http://www.ibge.gov.br/home-2016>.
- Instituto Nacional de Geografia e Estatística. (2012). Resultados Definitivos. Acedido em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE – 2016.
- Organização das Nações Unidas (2014). Inclusão e políticas públicas para os idosos. Brasil. Acedido em: <http://nacoesunidas.org/emb-dia-internacional-onu-pede-inclusao-e-politicas-publicas-para-os-idosos> - 2016.
- Saraiva, R.J, Rosas, A.M.T.F, Marques, E.M.B.G, Valente, G.S.C. (2017). Resultado Tese sobre sexualidade do idoso no contexto da consulta de enfermagem: uma análise fenomenológica de brasileiros e portugueses. *Atas do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (Volume 2 - Investigação Qualitativa em Ciências Sociais)*. Oliveira de Azeméis - Aveiro - PORTUGAL: Ludomedia. Acedido em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1495.pdf>.
- Schutz, A. (2012). *Bases da fenomenologia*. In: Wagner H, organizador. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar.
- Silva, G.M.D, Lima, S.M.R.R & Moraes J.C. (2013). Avaliação da função sexual em mulheres após a menopausa portadoras de síndrome metabólica. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 35(7), 301-308. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n7/04.pdf>.

Millenium, 2(5), 73-80.



APOIO E CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FAMILIARES: PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
SUPPORT AND TRAINING OF FAMILY CAREGIVERS: NURSING INTERVENTION PROGRAM
APOYO Y CAPACITACIÓN DE LOS CUIDADORES FAMILIARES: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Ricardo Melo^{1,2}

Marília Rua²

Célia Santos³

¹ *Centro Hospitalar Vila Nova de V. N. Gaia/Espinho E.P.E., Portugal.*

² *Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal.*

³ *Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.*

Ricardo Melo - rmcmeo@hotmail.com | Marília Rua - mrua@ua.pt | Célia Santos - celiasantos@esenf.pt



Corresponding Author

Ricardo Melo

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Edifício 30

Agras do Crasto - Campus Universitário de Santiago

3810-193 Aveiro - Portugal

rmcmelo@hotmail.com

RECEIVED: 5th january, 2018

ACCEPTED: 25th january, 2018

RESUMO

Introdução: Com o envelhecimento populacional e melhoria dos cuidados de saúde, constata-se um aumento de pessoas dependentes que requerem maior apoio para a satisfação das suas necessidades. O cuidador familiar (CF) é fundamental para garantir a continuidade de cuidados, apesar de ser um processo desgastante e com consequências na saúde. Um programa de intervenção de enfermagem (PIE), devidamente estruturado, revela-se importante neste contexto.

Objetivo: Desenvolver e implementar um PIE de apoio e capacitação aos CF de pessoas dependentes.

Métodos: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL) que permitiu evidenciar as principais necessidades cuidadores. Depois foi estruturado um PIE, nos domínios do apoio emocional e instrumental, validado por peritos da área, com recurso à técnica de Delphi. Este foi implementado e avaliado, com recurso a um estudo quase experimental, com avaliação pré e pós intervenção.

Resultados: Da RIL evidenciaram-se 21 artigos, que destacaram as principais necessidades manifestadas pelos CF. Da técnica de Delphi obteve-se um PIE com 93 intervenções de enfermagem. Da sua implementação, obteve-se uma melhoria geral do estado de saúde do CF, uma diminuição da sobrecarga manifestada e um maior recurso a estratégias de *coping*.

Conclusões: Intervenções de Enfermagem estruturadas e contextualizadas, direcionadas para o apoio e capacitação dos CF, são facilitadoras da transição para este papel, com impacto na sua saúde e nos cuidados prestados.

Palavras Chave: Cuidadores Familiares; Programa de Intervenção; Transição; Necessidades; Dependência

ABSTRACT

Introduction: With an aging population and improvements in health care, there is an increase in the number of dependents who require more support to meet their needs. Family caregivers (FC) are essential to guarantee continuity of care, even though it is an exhausting process with consequences for their health. A properly structured nursing intervention program (NIP) is shown to be important in this context.

Objective: To develop and implement a NIP to support and train the FC of dependent people.

Methods: An integrative literature review (ILR) was conducted to identify the main caregiver needs. Afterwards, a NIP was structured in the areas of emotional and instrumental support. It was then validated by experts in the field using the Delphi technique. This was implemented and evaluated, using a quasi-experimental study, with a pre and post intervention evaluation.

Results: From the ILR, 21 articles were stood out for highlighting the main needs manifested by FC. Through the Delphi technique an NIP was obtained with 93 nursing interventions. Its implementation led to a general improvement in the FC's state of health, a reduction of the overload manifested and a greater use of coping strategies.

Conclusions: Structured and contextualized nursing interventions, directed to supporting and empowering FC, facilitate the transition to this role with an impact on their health and the care provided.

Keywords: Family Caregivers; Intervention Programme; Transition; Needs; Dependency

RESUMEN

Introducción: Con el envejecimiento de la población y la mejora de la atención sanitaria, se constata un aumento de las personas dependientes que requieren mayor apoyo para satisfacer sus necesidades. El cuidador familiar (CF) es fundamental para garantizar la continuidad de cuidados, a pesar de ser un proceso desgastante y con consecuencias en la salud. Un programa de intervención de enfermería (PIE), debidamente estructurado, resulta importante en este contexto.

Objetivo: Desarrollar e implementar un PIE de apoyo y capacitación a los CF de personas dependientes.

Métodos: Se realizó una revisión integrativa de la literatura (RIL) que permitió evidenciar las principales necesidades cuidadores. Después se estructuró un PIE, en los ámbitos del apoyo emocional e instrumental, validado por expertos del área, con recurso a la técnica de Delphi. Este fue implementado y evaluado, con recurso a un estudio casi experimental, con evaluación pre y post intervención.

Resultados: De la RIL se evidenció 21 artículos, que destacaron las principales necesidades manifestadas por los CF. De la técnica de Delphi se obtuvo un PIE con 93 intervenciones de enfermería. De su implementación, se obtuvo una mejora general del estado de salud del CF, una disminución de la sobrecarga manifestada y un mayor recurso a estrategias de *coping*.

Conclusiones: Intervenciones de Enfermería estructuradas y contextualizadas, dirigidas al apoyo y capacitación de los CF, son facilitadoras de la transición a este papel, con impacto en su salud y en los cuidados prestados.

Palabras Clave: Cuidadores Familiares; Programa de Intervención; Transición; Necesidades; Dependencia

INTRODUCTION

The results of the 2011 census (INE, 2012) confirm that population is aging. This results from a combination of factors, including the increase in average life expectancy, the result of improved health care, as well as the increased incidence of chronic diseases and/or those that lead to disability. The loss of capabilities occurs as a normal consequence of the life cycle and the aging process and the onset of chronic and disabling diseases lead to loss of independence and increased dependency. This leads to needing the support of others to satisfy basic human needs and maintain quality of life (Sequeira, 2010).

Continuity of support and care is essential for people who are dependent. Informal caregivers play a key role in providing most partial or complete care to the dependent person, being responsible to organize it, without receiving any compensation for their service (Marques, 2007). These caregivers are mostly family members and should therefore be designated family caregivers (FC) (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010).

Since the informal care exercised by FC is increasingly important in today's society, it is worth investigating what the care process means in this area because the health of these caregivers will potentially be affected (André, Cunha & Rodrigues, 2010). The transition to the role of the situational type FC (Meleis, 2010) associated with continuous care means they face a number of challenges and obstacles, which can lead to an increased burden in different areas, as well as often negative consequences for their health.

Health professionals, including nurses, play an important role in the support available to FC and their capacity to care for their dependent relative (DR), with theoretical and practical knowledge to enable them to provide better quality of care and fewer repercussions for themselves (Petronilho, 2007).

A set of structured, contextualized interventions directed to the needs highlighted by FC, organized as a nursing intervention programme (NIP) was shown to be a useful tool in nurses' work, facilitating the transition experienced by caregivers.

Under these assumptions, the objective of this work is to develop an NIP and implement it with FC of dependent people in the context of the home to support and empower them.

1. THEORETICAL FRAMEWORK

The concepts dependence, loss of autonomy and needs in self-care are closely interlinked and increase significantly with aging. Dependence can be defined as the state in which the person, due to physical or intellectual limitations, needs help to meet their most basic day-to-day needs (Nogueira, 2009). From this perspective, the dependent person needs the support of others to accomplish activities that allow them to maintain life, health and well-being. Self-care (Orem, 2001) is a concept associated with autonomy and independence, which implies health and well-being and may be innate or learned (Petronilho, 2012).

The family plays roles in various areas in psychobiological, socio-cultural, educational and economic terms. It is within the family context that the dependent person initially seeks the support they need (Sarmiento et al, 2010), which is essential for their balance and well-being.

Caring is from Collière's perspective (2003), the activities carried out in order to maintain someone's well-being and quality of life, assisting them in their needs, to enable a favourable level of autonomy. The FC thus emerge, as members of the family, performing this function without any remuneration, being responsible for providing most of the care needed, taking responsibility for the whole process (Martins, 2006; Marques, 2007). There are different factors that lead the family to assume the role of caregivers of the dependent person, in particular a close relationship with their family, kinship, cohabitation and satisfying a desire, both on the part of those who provide the care as those who receive it.

The transition to the role of FC, a situational type (Meleis, 2010) is a multidimensional, complex and unique process, which brings about a set of specific needs that require support to be met.

The process of care is complex and dynamic, requiring a continuous effort at the cognitive, emotional and physical levels, which often goes unrecognized and is inadequately rewarded. When prolonged over time, its negative effects emerge bringing complications and consequences not only at the personal level, but also within the family. It can cause significant changes to the family's internal dynamics and, consequently, the society in general. So caring for a dependent person results in increased stress for the caregiver, overload in different areas, such as psychological, physical and economic (not only the high costs associated with the care provided, but also the enormous difficulty in reconciling this new role with being a worker with a paid job). It can also lead to increased incidence of disease, significant changes to the relationships in the family and social isolation, with the deterioration of most social roles played by this person up to then (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008; Marques, 2007; Martins, 2006; Pereira, 2013; Sequeira, 2010).

In this context, nurses are key actors and facilitators in the transition process, whether going from an independent situation to a situation of dependency, or in assuming new roles, as in the case of caregivers, providing support and empowering the FC in the new role. Thus, the nursing intervention, if properly structured and based on an adjusted and contextualized policy program can be a gain, not only for the FC, but also for the dependent person.

2. METHODS

In order to achieve our aims, this work was divided into several phases.

The aim of the first phase was to identify the main needs as indicated by FC of the dependent person, especially in transitioning to this role, based on by scientific evidence, so that an integrative literature review (ILR) was conducted.

In this context, a literature search was conducted between the months of April and June 2011, using national and international electronic databases in health care, including EBSCO and B-on, with recourse to specific search engines. The following descriptors were used in the research: *Caregiver; Family Caregivers; Needs; Dependent*, using the Boolean characters *and* and *or* to combine them. Works published between January 2000 and June 2011 were selected; English was the language of choice. In order to facilitate the survey, inclusion and exclusion criteria were chosen, thereby generating a rigorous work (see Table 1).

Table 1 - Inclusion and exclusion criteria from the integrative literature review

Inclusion Criteria (Title/Content)	Exclusion Criteria (Title/Content)
Family Caregivers	Formal Caregivers
Aged over 18	Aged under 18
Care provided at home	Institutional care provided
Care provided to dependent people in self-care	Other topics
Needs of family caregivers	

Initially, articles were selected based on the title, followed by reading the abstract and then by the full text of the articles, previously filtered by the inclusion criteria. After this analysis, a set of 21 items was obtained for further study. These were classified according to the level of evidence shown and were ordered according the classification proposed by Lewin, Singleton and Jacobs (2008): ten quantitative studies, five qualitative studies, four systematic reviews of the literature, a literature review and a joint study. Taking into account the level of evidence, five of the items fall into level V, nine into level IV, three into level III and four into the highest level of evidence, level I.

This ILR enabled us to understand the state of the art better and was an important support to develop the NIP, in order to adjust the nursing interventions to the main needs.

In the next phase, we proceeded to create an NIP based on both the emerging scientific evidence of the systematic literature review, and the works by Cardoso's (2011) and Machado (2013), both in the context of intervention programs in nursing.

This programme was developed using the International Classification for Nursing Practice (ICNP) (ICN, 2011) to define the concepts, diagnosis and nursing interventions. We used the Delphi technique (Dalkey, 1969; Justo, 2005) to validate it.

For this, a group of experts composed of 11 nurses with the following characteristics was formed:

- five performed functions in primary health care
- five were teachers in nursing/health schools
- one performed duties in a hospital setting.

Of these, six also researched and studied the issue of FC and have work published in this area.

A face-to-face meeting with the most of the experts was held to present the project, the aims and validate the programme. After creating the initial version of the programme, everyone involved was contacted by email because of its ease, practicality and convenience that this medium provides. Four rounds were conducted in which the members of the group were given two weeks to review each document and reply, followed by 7 days for the researcher to treat the data, after which a new document was sent for consideration. The analysis was carried out using a Likert scale developed for each constituent item of the programme that varied between 1 and 5 points, for which each expert is asked to express their degree of agreement, according to this technique (Cunha, 2007).

In order to achieve consensus on the NIP, we proceeded to analyse the data statistically, namely to find the mean, median, mode and standard deviation.

In the first round, operations whose mean score was less than 4 with a standard deviation greater than 1 and less than 4.5 were eliminated. In the second round, after analysing the various suggestions and opinions presented, a new programme of 90 items was considered. Due to the large number of nursing interventions and difficult workability, we refined the selection. Items with a mean greater than or equal to 4.5, a median of 5 and a standard deviation less than or equal to 1 were selected.

In the third round, it was suggested that we add interventions in the domain of technical assistance for self-care. We chose also to reorganize emotional support in different nursing interventions, keeping the interventions within the scope of a variety of self-care. In this and in the fourth round, we took into account the criteria referred to above, which in the end allowed us to get a high level of consensus around a set of structured nursing interventions.

In the last phase of study, we proceeded to implementing the NIP, in order to enable the FC to provide care to the dependent person and thus facilitate their transition to the role of caregiver. A quasi- experimental study was carried out (Polit, Beck & Hungler, 2004), manipulating one variable (NIP). For this, a pre and post intervention assessment carried out. Data was collected on the same subject before and after the implementation of the programme in order to establish relationships and differences in the variables between the two moments (Fortin, 2006).

The convenience sample (see Table 2), constituted between April 2013 and June 2014 with 70 FC from three Continuous Care Teams (CCTs), as they are the ones referred to by dependent people at home in need of continuous care.

Table 2 - Inclusion and exclusion criteria of the sample

Inclusion Criteria	Exclusion Criteria
Being an informal caregiver	Being a formal caregiver
Providing care to a dependent in at least one Activities of Daily Living	Being the caregiver of a person for requiring palliative care
Taking on the role of responsibility in organizing care	Lack of primary or reference caregiver
Being the primary caregiver, even though there may be more than one informal caregiver	Refusing to take part in the study
Accepting participation in the study over three months	
Belonging to a selected health facility	

In most of these situations, a given family member took up the role of FC for the first time, so the aim of this work is to facilitate the transition to this new role.

We chose these units by geographical proximity, which is essential to the feasibility of work, but also because they include people with different characteristics, rural, urban and mixed.

Five to six home visits (HV) for the most part were carried out to implement the NIP. In addition to these, there were visits by nurses of the different participating health entities. Implementing the NIP lasted an average of three months, associated with the permanent contact with the different CCT teams. The first HV was carried out preferentially in conjunction with the reference nurse, for whom, after signing the informed consent, the data was collected.

We resorted to various instruments to collect this data at the beginning and end of the NIP both for the FC assessment and for the dependent relative. Thus, the MOS SF-36 v2 for the caregiver was filled in (to evaluate the perceived state of health), the QASQI_vr (to review the different types of overload expressed) and the Brief COPE (to determine the most commonly used coping strategies). The Barthel Index and Lawton and Brody scale were filled in for the dependent relative (DR) (to assess their level of disability). In addition to these instruments, a socio-demographic questionnaire was also completed. This provided data that enabled us to contextualize the care process better. For each FC, an individualized plan was formulated, which was then directed to the nursing interventions implemented.

On the second HV, after clarifying the aims they hoped to achieve, the intervention would begin whenever possible by the difficulty or need most highly emphasized by the FC. On this visit, the most commonly used coping strategies were also discussed as well as how they could be enhanced.

On the third, fourth and fifth HV, the work begun in the previous visit was continued and the previously implemented interventions were bolstered, always using positive reinforcement of the work and goals achieved.

In the sixth and final HV, all of the instruments were filled in again in order to evaluate the programme and its impact.

After each visit, the following visit was planned with the caregiver, which would happen 2 - 3 weeks thereafter. The day before each HV a telephone call was made to confirm the visit.

3. RESULTS

From the analysis of the initial IRL, the scientific evidence highlighted a set of needs shown by the FC, which were grouped according to the Theory of Transitions (Meleis, 2010):

- Community and Social resources: the need for family support, the importance of family and interpersonal relationships, social and community support, support groups and the need for breaks in providing care to meet their own social and recreational needs
- Knowledge and preparation: the importance of nurses in imparting knowledge to and training caregivers in instrumental terms; the need for information on the state of health and prognosis; accessibility to health services

- Personal meaning, beliefs and attitudes: the need for psycho-emotional support, empowerment with effective coping strategies for problem-solving and the importance of the family in reducing the emotional burden
- Socio-economic condition: the need for economic support; the need for flexibility of working hours, to reconcile providing care with their professional activity.

In the next phase, and based on the highlighted evidence, we proceeded to adapt the NIP, using a consensus technique. Thus, there were four rounds of appreciation with the collaboration of a group of 11 experts between January and April 2013. We have chosen to consider the level of concordance (mean), the median and standard deviation.

In the first round, the 240 interventions analysed, 82 items were removed after the statistical analysis.

In the second round, after analysing the various suggestions and opinions presented, a new programme of 90 items was considered. At that moment, we honed the selection criteria; 13 items were eliminated, leaving the reduced programme to 77 items.

In the third round, with the changes made, a document with 105 items was submitted for consideration, with 94 interventions in the end.

In the fourth round, this new document was submitted for consideration. Of these, five obtained a mean equal to 4.4, but we decided to maintain them since the data showed that the median value was 5 and the standard deviation was between 0.6 and 0.8, which showed high consensus of opinion around these.

At the end of this stage, a programme of 93 nursing interventions. Their aim is to enhance the transition to the role of FC (see Table 3).

Table 3 - Nursing Intervention Programme: Domains and Dimensions

Domain – Emotional support	Domain – Instrumental support
Dimension	
To promote the Role of Family Caregiver (7 nursing interventions)	To assist in Self-Care: Personal hygiene (13 nursing interventions)
To promote Social Supporte (9 nursing interventions)	To assist in no Self-Care: Getting ready for the day (5 nursing interventions)
To promote Family Involvement (6 nursing interventions)	To assist in no Self-Care: Dressing and undressing (5 nursing interventions)
To prevent Family Caregiver Stress (18 nursing interventions)	To assist in no Self-Care: Feeding (9 nursing interventions)
	To assist in no Self-Care: Urinary/bowel elimination (9 nursing interventions)
	To assist in no Self-Care: Mobility (14 nursing interventions)

In the final phase of the study, the programme was implemented and 373 HV were conducted, covering a geographical area of 316.37 km². Of the 70 FC in the sample, not all were received all six intervention visits. The duration of these visits also varied:

- First HV: all 70 FC
- Second HV: 69 FC
- Third HV: 66 FC
- Fourth HV: 62 FC
- Fifth HV: 59 FC
- Sixth HV: 47 FC

The average length of the HV was 52 minutes with a minimum of 30 minutes and a maximum of 180 minutes.

The visits by the CCT nurses were also monitored, as they registered all the interventions together with the caregivers, who were taken into consideration.

Regarding the profile of the FC, they were mostly female, average age 60, married, with children, low level of education; most were not employed (retired, unemployed or housewives) (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008; Machado, 2013; Martins, 2006; Sarmiento et al., 2010; Sequeira, 2010; Sequeira, 2013).

The dependent relatives (DR) were highly dependent and needed a great deal of support in their daily activities (Imaginário, 2008; Marques, 2007).

The FC are mainly family members with a direct bond sharing their homes with their DR (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010; Figueiredo, 2007). Most were first-time caregivers, the affective bond was their main reason to assume the role of caregivers (Martins, 2006; Marques, 2007) and they provided care 12 hours daily, although a considerable number provided 24-hour care. They provided care in all self-care situations in accordance with their DR's limitations and needs, as well as emotional support and regular supervision.

In terms of the main results obtained from the evaluation, there was an improvement in the dimensions of the caregiver's health, with the most significant improvement in the mental health component.

As for overload, there was an improvement in all of the domains, despite the caregivers still highlighting the implications that providing care had on their personal and social lives.

With regard to coping strategies, caregivers have been turning to a number of more diverse strategies more often.

4. DISCUSSION

After analysing the results achieved, good results in terms of health and overload were also found as expressed by the FC, so this work was shown to facilitate the transition to the role of caregiver as well as in performing these functions in the process of providing care.

The comparison between the two evaluations provided data that enabled us to determine the impact of the NIP, demonstrating the importance of this type of instrument and this investigation. Thus, there was an interesting set of changes, namely: in terms of the FC's health, with improvements to their quality of life, as well as their perceived physical and mental health. In terms of the overload manifested, there were significant improvements, particularly in terms of a lower number of references regarding its implications to the FC's personal and social lives. With regard to coping strategies, the FC have been turning to a more diverse range of strategies and implementing them far more often.

Nevertheless, the NIP can still be improved and optimized with the addition of interventions that have not been contemplated (e.g. preventing the risk of pressure sores), as well as its implementation in other contexts, in which a caregiver provides care for a dependent person.

Besides these aspects, this study allowed us not only to get a better perception and knowledge of different processes of care and its context, but also a better understanding of the National Integrated Continuous Care Network and where it may be improved, such as allocating specialized human and material resources better.

Implementing the NIP in later research will allow it to be optimized and become more efficient. The context in which they are to be implemented should be taken into consideration, as well as the transition phase experienced (it is more effective the earlier the intervention begins) and the specific characteristics of each FC and care process experienced.

CONCLUSIONS

We found that an NIP in the domain of emotional and instrumental support is an important tool in working with FC. This work enabled us to obtain an instrument to structure the interventions implemented by the nurses.

We also found that continuity of care is often assured by the FC, despite the inherent sacrifices and demands this role entails. The data obtained in this study are in line with the scientific literature in this field concerning the social and demographic characteristics of FC.

Performing the function of caregiver involves specific requirements and various difficulties; therefore, this type of instrument is particularly important in the context of continuing care. This NIP allows us not only to provide the support requested by the FC in different areas and serve as a guide for the community and social support available, It also provides a set of instrumental skills and knowledge essential to providing care, which will enable improvement.

In short, with this work we were able to minimize the negative effects for the FC associated with the care they provide and to improve its quality, which showed the importance and impact of the NIP.

REFERENCES

- André, S., Cunha, M. & Rodrigues, V. (2010). Família enquanto entidade cuidadora... *Millenium*, 39: 131-134.
- Cardoso, M. J. S. P. O. (2011). *Promover o Bem-Estar do Familiar Cuidador: Programa de Intervenção Estruturado*. (Doutoramento), Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª Edição ed.). Loures: Lusociência.

- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(2), 127-136.
- Cunha, L. M. A. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes*. (Mestrado em Probabilidades e Estatística), Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Dalkey, N. C. (1969). *The delphi Method: An Experimental Study of Group Opinion*. Santa Monica: United States Air Force Project Rand.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente* (Vol. 4). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (N. Salgueiro, Trans.): Lusodidacta.
- Justo, C. (2005). A Técnica Delphi de Formação de Consensos, 10. Disponível em: www.observaport.org
- ICN. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem* (Transcrição da Ordem dos Enfermeiros). Lisboa: International Council of Nurses.
- Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar: Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. (978-989-25-0181-9). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Lewin, R., Singleton, J., & Jacobs, S. (2008). Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*, 1-8.
- Machado, P. A. P. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. (Doutoramento), Universidade Católica, Porto.
- Marques, S. C. L. (2007). *Os Cuidadores Indormais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Nogueira, J. M. (2009). *A dependência*. Ministério da Educação (Ed.) *O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª Edition ed.). St. Louis: Mosby.
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais! Dando voz(es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do Regresso a Casa* (1ª ed.). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem* (1ª Edição ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª Edição). Artmed.
- Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do Idoso - dificuldades dos familiares* (1ª ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 491-500.

Millenium, 2(5), 73-80.

pt

APOIO E CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FAMILIARES: PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
SUPPORT AND TRAINING OF FAMILY CAREGIVERS: NURSING INTERVENTION PROGRAM
APOYO Y CAPACITACIÓN DE LOS CUIDADORES FAMILIARES: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Ricardo Melo^{1,2}

Marília Rua²

Célia Santos³

¹*Centro Hospitalar Vila Nova de V. N. Gaia/Espinho E.P.E., Portugal.*

²*Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal.*

³*Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.*

Ricardo Melo - rcmelo@hotmail.com | Marília Rua - mrua@ua.pt | Célia Santos - celiasantos@esenf.pt



Autor Correspondente

Ricardo Melo

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Edifício 30

Agras do Crasto - Campus Universitário de Santiago

3810-193 Aveiro - Portugal

rcmelo@hotmail.com

RECEBIDO: 5 de janeiro de 2018

ACEITE: 25 de janeiro de 2018

RESUMO

Introdução: Com o envelhecimento populacional e melhoria dos cuidados de saúde, constata-se um aumento de pessoas dependentes que requerem maior apoio para a satisfação das suas necessidades. O cuidador familiar (CF) é fundamental para garantir a continuidade de cuidados, apesar de ser um processo desgastante e com consequências na saúde. Um programa de intervenção de enfermagem (PIE), devidamente estruturado, revela-se importante neste contexto.

Objetivo: Desenvolver e implementar um PIE de apoio e capacitação aos CF de pessoas dependentes.

Métodos: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL) que permitiu evidenciar as principais necessidades cuidadores. Depois foi estruturado um PIE, nos domínios do apoio emocional e instrumental, validado por peritos da área, com recurso à técnica de Delphi. Este foi implementado e avaliado, com recurso a um estudo quase experimental, com avaliação pré e pós intervenção.

Resultados: Da RIL evidenciaram-se 21 artigos, que destacaram as principais necessidades manifestadas pelos CF. Da técnica de Delphi obteve-se um PIE com 93 intervenções de enfermagem. Da sua implementação, obteve-se uma melhoria geral do estado de saúde do CF, uma diminuição da sobrecarga manifestada e um maior recurso a estratégias de *coping*.

Conclusões: Intervenções de Enfermagem estruturadas e contextualizadas, direcionadas para o apoio e capacitação dos CF, são facilitadoras da transição para este papel, com impacto na sua saúde e nos cuidados prestados.

Palavras-chave: Cuidadores Familiares; Programa de Intervenção; Transição; Necessidades; Dependência

ABSTRACT

Introduction: With population aging and improved health care, there is an increase in dependents who require more support to meet their needs. The family caregiver (CF) is fundamental to guarantee the continuity of care, although it is an exhausting process and with health consequences. A properly structured nursing intervention program (PIE) proves to be important in this context.

Objective: To develop and implement a PIE to support and train the CFs of dependent people.

Methods: An integrative literature review (RIL) was carried out to identify the main caregiver needs. Afterwards a PIE was structured in the areas of emotional and instrumental support, validated by experts in the field, using the Delphi technique. This was implemented and evaluated, using a quasi-experimental study, with pre and post intervention evaluation.

Results: From RIL, 21 articles were highlighted, highlighting the main needs manifested by CF. From the Delphi technique it was obtained a PIE with 93 nursing interventions. From its implementation, there was a general improvement in the state of health of the CF, a reduction of the manifested overload and a greater use of coping strategies.

Conclusions: Structured and contextualized Nursing Interventions, directed to the support and capacity of the FC, are facilitators of the transition to this role, with impact on their health and the care provided.

Keywords: Family Caregivers; Intervention Program; Transition; Needs; Dependency

RESUMEN

Introducción: Con el envejecimiento de la población y la mejora de la atención sanitaria, se constata un aumento de las personas dependientes que requieren mayor apoyo para satisfacer sus necesidades. El cuidador familiar (CF) es fundamental para garantizar la continuidad de cuidados, a pesar de ser un proceso desgastante y con consecuencias en la salud. Un programa de intervención de enfermería (PIE), debidamente estructurado, resulta importante en este contexto.

Objetivo: Desarrollar e implementar un PIE de apoyo y capacitación a los CF de personas dependientes.

Métodos: Se realizó una revisión integrativa de la literatura (RIL) que permitió evidenciar las principales necesidades cuidadores. Después se estructuró un PIE, en los ámbitos del apoyo emocional e instrumental, validado por expertos del área, con recurso a la técnica de Delphi. Este fue implementado y evaluado, con recurso a un estudio casi experimental, con evaluación pre y post intervención.

Resultados: De la RIL se evidenció 21 artículos, que destacaron las principales necesidades manifestadas por los CF. De la técnica de Delphi se obtuvo un PIE con 93 intervenciones de enfermería. De su implementación, se obtuvo una mejora general del estado de salud del CF, una disminución de la sobrecarga manifestada y un mayor recurso a estrategias de *coping*.

Conclusiones: Intervenciones de Enfermería estructuradas y contextualizadas, dirigidas al apoyo y capacitación de los CF, son facilitadoras de la transición a este papel, con impacto en su salud y en los cuidados prestados.

Palabras Clave: Cuidadores Familiares; Programa de Intervención; Transición; Necessidades; Dependencia

INTRODUÇÃO

De acordo com os resultados do Recenseamento de 2011 (INE, 2012), é evidente o envelhecimento populacional. Este resulta de uma conjugação de fatores, nomeadamente o aumento da esperança média de vida, resultado da melhoria dos cuidados de saúde, mas também do aumento da incidência das doenças crónicas e/ou aquelas que levam a incapacidade. A perda de capacidades emerge como uma consequência normal do ciclo vital e do processo de envelhecimento e o aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes levam à perda de autonomia e ao aumento de situações de dependência, conduzindo assim à necessidade de apoio de outros para a satisfação de necessidades humanas fundamentais e manutenção da sua qualidade de vida (Sequeira, 2010).

A continuidade de apoio e de cuidados é fundamental para as pessoas dependentes. Para garantir a mesma, os cuidadores informais desempenham um papel fundamental, proporcionando a maior parte dos cuidados, parciais ou integrais à pessoa dependente, assumindo-se como responsáveis pela organização dos mesmos, sem receber qualquer remuneração por isso (Marques, 2007). Estes cuidadores são, na sua grande maioria, membros da família, devendo por isso ser designados como CF (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010).

Dado que o cuidado informal assumido por CF espelha crescente importância na sociedade actual, é relevante investigar sobre o significado do processo de cuidar neste âmbito, porquanto a saúde destes cuidadores será potencialmente afetada (André, Cunha, & Rodrigues, 2010).

A transição para o papel de CF, do tipo situacional (Meleis, 2010), associado à prestação contínua de cuidados, leva a que estes enfrentem um conjunto de desafios e obstáculos, os quais podem implicar um aumento da sobrecarga em diferentes domínios, assim como consequências para a sua saúde, normalmente negativas.

Os profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros, desempenham um importante papel no apoio disponibilizado aos CF e na sua capacitação para cuidar o seu familiar dependente (FD), com conhecimentos teóricos e práticos, que lhes permitam prestar cuidados de maior qualidade e com menores repercussões para si mesmos (Petronilho, 2007).

Um conjunto de intervenções, estruturadas, contextualizadas e direcionadas para as necessidades realçadas pelos CF, organizadas em forma de PIE, revela-se uma ferramenta útil no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e facilitador da transição vivenciada pelos cuidadores.

Partindo destes pressupostos o objetivo deste trabalho é desenvolver um PIE e implementá-lo, junto de CF de pessoas dependentes, em contexto domiciliário, no sentido de os apoiar e capacitar.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os conceitos de dependência, perda de autonomia e necessidades nos autocuidados estão intimamente interligados entre si e aumentaram consideravelmente com o envelhecimento. A dependência pode ser definida como o estado em que a pessoa, devido a limitações físicas ou intelectuais, necessita de ajuda para satisfazer as necessidades mais básicas do seu dia-a-dia (Nogueira, 2009). Nesta perspetiva, a pessoa dependente necessita do apoio de outras para conseguir realizar as atividades que lhe permitem manter a vida, saúde e bem-estar. O autocuidado (Orem, 2001) é um conceito associado à autonomia e independência, que tem implicações na saúde e bem-estar das pessoas e pode ser inato ou aprendido (Petronilho, 2012).

A família desempenha funções em vários domínios, tais como a nível psicobiológico, sociocultural, educacional e económico. É no seio desta que a pessoa com dependência procura inicialmente o apoio de que necessita (Sarmiento et al, 2010), sendo este imprescindível para o seu equilíbrio e bem-estar.

O cuidar é, na perspetiva de Collière (2003), a atividade desenvolvida com o objetivo de manter o bem-estar e qualidade de vida de alguém, assistindo-lhe nas suas necessidades, de modo a permitir um nível favorável de autonomia. Surgem assim os CF que, pertencendo à família, desempenham esta função sem qualquer tipo de remuneração, sendo responsáveis pela prestação da maioria dos cuidados necessários, assumindo a responsabilidade de todo o processo (Martins, 2006; Marques, 2007). Há diferentes fatores que levam os familiares a assumirem o papel de cuidadores da pessoa dependente, nomeadamente uma relação próxima do seu familiar, consanguinidade, coabitação e satisfação de um desejo, tanto da parte de quem presta os cuidados como de quem os recebe.

A transição para o papel de CF, do tipo situacional (Meleis, 2010) é um processo multidimensional, complexo e singular, o qual faz emergir um conjunto de necessidades específicas, as quais necessitam de apoio para serem satisfeitas.

O processo de prestação de cuidados é complexo e dinâmico, obrigando a um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado. Quando prolongado no tempo, os seus efeitos negativos emergem, trazendo em si complicações e consequências não só a nível pessoal, mas também da família, com alterações significativas das dinâmicas desta e, por consequência, para a sociedade em geral. Assim, o cuidar de uma pessoa dependente tem como resultado o aumento do *stress* por parte do cuidador, da sobrecarga em diferentes domínios, tais como o psicológico, o físico e o económico (pelos custos elevados associados aos cuidados prestados, mas também pela enorme dificuldade em conciliar este novo papel com o de trabalhador com uma atividade laboral remunerada), aumento da incidência de patologias, alterações significativas das relações no seio familiar e isolamento social, com a deterioração da grande maioria

dos papéis sociais desempenhados por esta pessoa até então (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008; Marques, 2007; Martins, 2006; Pereira, 2013; Sequeira, 2010).

Neste contexto, os enfermeiros são agentes importantes e facilitadores do processo de transição vivenciada, quer seja de uma situação de independência para uma situação de dependência, quer seja no assumir de novos papéis, como é o exemplo dos cuidadores, disponibilizando o apoio e capacitando-o para o novo papel. Deste modo, a intervenção de enfermagem, se devidamente estruturada e fundamentada, em programa de intervenção ajustado e contextualizado, pode constituir-se como uma mais-valia, não só para o CF mas também para a pessoa dependente.

2. MÉTODOS

Para cumprir o objetivo definido o trabalho foi estruturado em várias fases.

A primeira fase teve como objetivo identificar as principais necessidades evidenciadas pelos CF da pessoa dependente, principalmente no processo de transição para este papel, realçadas pela evidência científica, pelo que se procedeu a uma RIL.

Neste contexto foi realizada uma pesquisa bibliográfica entre os meses de abril e junho de 2011, recorrendo a bases de dados eletrónicas, nacionais e internacionais, na área da saúde, designadamente EBSCO e a B-on, com o recurso a motores de busca específicos. Foram usados na pesquisa os seguintes descritores: *Caregiver; Family Caregivers; Needs; Dependent*, utilizando os caracteres booleanos *and* e *or* para conjugar os mesmos. Foram selecionados trabalhos publicados entre janeiro 2000 e junho de 2011, utilizando o inglês como idioma de eleição. No sentido de facilitar a pesquisa realizada, estabeleceram-se alguns critérios de inclusão e exclusão, o que permitiu realizar um trabalho rigoroso (Quadro 1).

Quadro 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão da Revisão Integrativa da Literatura

Critérios de Inclusão (Título/Conteúdo)	Critérios de Exclusão (Título/Conteúdo)
Cuidadores Familiares	Cuidadores Formais
Idade superior a 18 anos	Idade inferior a 18 anos
Cuidados prestados no domicílio	Cuidados prestados a nível institucional
Cuidados prestados a pessoas dependentes no autocuidado	Outras temáticas
Necessidades dos Cuidadores Familiares	

Inicialmente, selecionaram-se os artigos com base na leitura do título, seguido da leitura do resumo e, posteriormente, pela leitura integral dos artigos, já filtrados pelos critérios de inclusão. Após esta análise, obteve-se um conjunto de 21 artigos, para um estudo mais aprofundado. Estes foram classificados mediante o nível de evidência demonstrada, tendo sido ordenados segundo a classificação proposta por Lewin, Singleton e Jacobs (2008): dez estudos quantitativos, cinco qualitativos, quatro revisões sistemáticas da literatura, uma revisão da literatura e um estudo misto. Tendo em consideração o nível de evidência, cinco dos artigos enquadram-se no nível V, nove no nível IV, três no nível III e quatro são do nível de evidência mais elevado, nível I.

Esta RIL permitiu conhecer melhor o estado da arte, sobre o tema em estudo, constituindo-se como um apoio importante para a elaboração do PIE, de forma a ajustar as intervenções de enfermagem às principais necessidades realçadas.

Na fase seguinte, procedeu-se à criação do PIE que teve por base, não só a evidência científica emergente da revisão sistemática da literatura, como os trabalhos de Cardoso (2011) e de Machado (2013), ambos no âmbito de programas de intervenção em enfermagem.

Este programa foi elaborado utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2011), para a definição de conceitos, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Com o objetivo de validar o mesmo, recorreu-se à técnica de Delphi (Dalkey, 1969; Justo, 2005).

Para isso, foi constituído um grupo de peritos, composto por 11 enfermeiros, com as seguintes características:

- cinco exerciam funções em contexto de cuidados de saúde primários;
- cinco eram professores em escolas superiores de enfermagem/saúde;
- um exercia funções em contexto hospitalar;

Deste conjunto, seis também investigavam e estudavam a temática dos CF, já com trabalho desenvolvido neste domínio.

Foi realizada uma reunião presencial com a maioria dos peritos, para apresentar o projeto e os objetivos da validação do programa. Após a criação da versão inicial do programa, todos os contactos foram feitos por email, pela facilidade, exequibilidade e comodidade que este meio proporciona. Foram efetuadas quatro rondas, nas quais foram dados 15 dias para que os membros do grupo pudessem avaliar cada documento e dar resposta, seguidos de 7 dias de aferição dos dados obtidos (pelo investigador), após os quais era enviado um novo documento para apreciação. A análise foi realizada com base num escala de Likert, elaborada para cada item constituinte do programa, que variava entre os valores 1 e 5, sobre a qual se pedia a

cada perito para manifestar o grau de concordância com o mesmo, de acordo com o que se preconiza com o uso desta técnica (Cunha, 2007).

No sentido de alcançar o consenso em torno do PIE, procedeu-se à análise estatística dos dados obtidos, designadamente, com os valores obtidos de média, mediana, moda e desvio padrão.

Na primeira ronda, foram eliminadas intervenções que obtiveram média inferior a 4, associado a um desvio padrão superior a 1 e mediana inferior a 4,5. Na segunda ronda, após a análise das várias sugestões e opiniões apresentadas, foi colocado a ponderação um novo programa de 90 itens. Devido ao elevado número de intervenções de enfermagem e difícil exequibilidade, refinamos o crivo de seleção, pelo que foram selecionados itens com média igual ou superior a 4,5, mediana igual a 5 e desvio padrão inferior ou igual a 1.

Na terceira ronda, por sugestão, foram acrescentadas intervenções no domínio de ajudas técnicas para cada autocuidado. Optou-se também por reorganizar o apoio emocional em diferentes intervenções de enfermagem, mantendo as intervenções no âmbito dos diferentes autocuidados. Nesta e na quarta ronda, teve-se em consideração os critérios supra referidos, o que nos permitiu obter no final um elevado consenso em torno de um conjunto de intervenções de enfermagem estruturadas.

Na última fase deste estudo procedeu-se à implementação do PIE, com vista a capacitar o CF para a prestação de cuidados à pessoa dependente e, deste modo, facilitar o seu processo de transição para o papel de cuidador e o desempenho do mesmo. Foi realizado estudo quase experimental (Polit, Beck, & Hungler, 2004), com a manipulação de uma variável (PIE). Para isso, realizou-se uma avaliação pré e pós intervenção, tendo sido realizado uma recolha de dados aos mesmos sujeitos antes e após a implementação do programa, de modo a estabelecer relações e diferenças nas variáveis entre os dois momentos (Fortin, 2006).

A amostra foi de conveniência (Cf. Quadro 2), constituída entre abril de 2013 e junho de 2014, com 70 CF provenientes de três Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI's), pois são a estas que chegam as referências de pessoas dependentes em contexto domiciliar, com necessidade de continuidade de cuidados.

Quadro 2 - Critérios de inclusão e de exclusão da amostra

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Ser Cuidador Informal	Ser Cuidador Formal
Prestar cuidados a uma pessoa dependente, em pelo menos uma AVD	Ser cuidador de pessoa referenciada por necessidade de cuidados paliativos
Assumir o papel de responsabilidade pela organização da prestação de cuidados	Ausência de cuidador principal ou de referência
Ser o cuidador principal, apesar de poder existir mais do que um cuidador informal	Não aceitar participar no estudo
Aceitar participar no estudo ao longo de três meses	
Pertencer a uma das unidades de saúde selecionadas	

Na maioria destas situações, um determinado familiar integrou pela primeira vez o papel de CF, pelo que este trabalho visou facilitar a transição para este novo papel.

Optou-se por estas unidades pela proximidade geográfica, essencial para a exequibilidade do trabalho, mas também porque as mesmas incluem população com características diversas, rural, urbana e mista.

Para a implementação do PIE foram realizadas, na sua maioria, cinco a seis visitas domiciliárias (VD), às quais ainda acresceram as visitas realizadas pelos enfermeiros das diferentes entidades de saúde intervenientes. A implementação do PIE teve uma duração média de 3 meses, associado ao contato permanente com as diferentes equipas das ECCI's. A primeira VD era realizada, preferencialmente, em conjunto com o enfermeiro referência onde, após a assinatura do consentimento informado, era realizada a colheita de dados.

Recorreu-se a diferentes instrumentos para recolher estes dados, no início e no fim da implementação do PIE, tanto para avaliação do CF como do familiar dependente. Deste modo, para o cuidador preencheu-se o MOS SF-36 v2 (para avaliação do estado de saúde percecionado), o QASQI_vr (para avaliação dos diferentes tipos de sobrecarga manifestada) e o Brief COPE (para determinação das estratégias de *coping* mais utilizadas). Para o FD preencheram-se o Índice de Barthel e a Escala de Lawton e Brody (para avaliar o nível de incapacidade). Acrescido a estes instrumentos, era também preenchido um questionário socio demográfico, que facultava dados que permitiam a melhor contextualização do processo de prestação de cuidados vivenciado. Para cada CF foi formulado um plano individualizado, que orientava depois as intervenções de enfermagem implementadas do PIE.

Na segunda VD, após esclarecimento sobre os objetivos que se pretendiam alcançar, iniciava-se a intervenção, sempre que possível pela dificuldade ou necessidade mais realçada pelo CF. Nesta visita eram também abordadas as estratégias de *coping*

mais utilizadas e de que modo estas poderiam ser potenciadas.

Na terceira, quarta e quinta VD era dado continuidade ao trabalho iniciado na visita anterior, com o reforço das intervenções anteriormente implementadas, sempre com o reforço positivo do trabalho desenvolvido e dos objetivos alcançados.

Na sexta e última VD eram preenchidos novamente todos os instrumentos, no sentido de proceder à avaliação do programa implementado e do seu impacto.

Após cada visita, era planeada com o cuidador a seguinte, que ocorreria daí a 2/3 semanas. No dia anterior a cada VD era realizado um contacto telefónico, no sentido de confirmar a mesma.

3. RESULTADOS

Da análise da RIL realizada inicialmente, a evidência científica destacou um conjunto de necessidades evidenciadas pelos CF, as quais foram agrupadas à luz da Teoria das Transições (Meleis, 2010):

- Recursos comunitários e sociais: necessidade do apoio familiar, importância da família e das relações interpessoais, apoio social, comunitário, dos grupos de apoio e necessidade de pausas na prestação de cuidados, para satisfazer as suas necessidades, tanto a nível social como recreativo;
- Conhecimentos e preparação: importância dos enfermeiros na transmissão de conhecimentos e capacitação dos cuidadores a nível instrumental; necessidade de informação sobre estado de saúde e prognóstico; acessibilidade aos serviços de saúde;
- Significado pessoal, crenças e atitudes: necessidade de apoio psicoemocional, capacitação com estratégias de *coping* eficazes para a resolução de problemas e importância da família na diminuição da sobrecarga emocional;
- Condição socioeconómica: necessidade de apoio económico; necessidade de flexibilidade de horários laborais, no sentido de conciliar a prestação de cuidados com atividade profissional.

Na fase seguinte, e com base da evidência destacada, procedeu-se à adaptação do PIE, recorrendo a uma técnica de consensos. Assim, foram realizadas quatro rondas de apreciação com a colaboração de um grupo de 11 peritos. Os contactos foram realizados entre janeiro e abril de 2013. Optou-se por considerar o nível de concordância (média), a mediana e o desvio padrão. Na primeira ronda, das 240 intervenções analisadas, foram eliminados 82 itens, após a análise estatística realizada. .

Na segunda ronda, após a análise das várias sugestões e opiniões apresentadas, foi colocado a ponderação um novo programa de 90 itens. Neste momento, aprimoramos os critérios de seleção, tendo sido eliminados 13, ficando o programa resumido a um total de 77 itens.

Na terceira ronda, com as alterações realizadas, foi submetido para apreciação um documento com um total de 105 itens, tendo ficado no final com 94 intervenções.

Na quarta ronda, submeteu-se este novo documento para apreciação. Destas, cinco obtiveram média igual a 4,4, mas optou-se por manter as mesmas dado que a mediana apresentava valor 5 e o desvio padrão se situava entre 0,6 e 0,8, o que revelou elevado consenso de opiniões em torno destas.

No final desta etapa, obteve-se um programa com 93 intervenções de enfermagem, que visa ser um elemento facilitador na transição para o papel de CF (cf. Quadro 3).

Quadro 3 - Programa de Intervenção de Enfermagem: Domínios e Dimensões

Domínio – Apoio emocional	Domínio – Apoio instrumental
Dimensão	
Promover o Papel do Cuidador Familiar (7 intervenções de enfermagem)	Assistir no Autocuidado: Higiene (13 intervenções de enfermagem)
Promover Suporte Social (9 intervenções de enfermagem)	Assistir no Autocuidado: Arranjar-se (5 intervenções de enfermagem)
Promover Envolvimento Familiar (6 intervenções de enfermagem)	Assistir no Autocuidado: Vestir-se e Despir-se (5 intervenções de enfermagem)
Prevenir o Stress do Cuidador Familiar (18 intervenções de enfermagem)	Assistir no Autocuidado: Alimentar-se (9 intervenções de enfermagem)
	Assistir no Autocuidado: Eliminação Urinária/Intestinal (9 intervenções de enfermagem)
	Assistir no Autocuidado: Mobilidade (14 intervenções de enfermagem)

Na última fase do estudo, procedeu-se à implementação do referido programa. Foram realizadas um total de 373 VD, abrangendo uma área geográfica de 316,37 km². Dos 70 CF que integraram a amostra, nem todos foram alvo de seis visitas de intervenção e a duração das mesmas também foi diferente:

- Primeira VD: a todos os 70 CF's
- Segunda VD: a 69 CF's
- Terceira VD: a 66 CF's
- Quarta VD: a 62CF's
- Quinta VD: a 59 CF's
- Sexta VD: a 47CF's

O tempo médio das VD foi de 52 minutos, sendo que o mínimo foi de 30 minutos e o máximo de 180 minutos.

As visitas realizadas pelos enfermeiros das ECCL's eram também monitorizadas, visto que os mesmos registavam todas as intervenções realizadas juntos cuidadores e estas eram tidas em ponderação.

Quanto ao perfil dos CF, estes eram maioritariamente do sexo feminino, média de idades de 60 anos, casados, com filhos, baixa escolaridade, maioria eram inativos (reformados ou aposentados, desempregados ou domésticas) (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008; Machado, 2013; Martins, 2006; Sarmiento et al., 2010; Sequeira, 2010; Sequeira, 2013).

Os FD apresentavam elevados índices de dependência e necessidade de muito apoio nas atividades de vida diária (Imaginário, 2008; Marques, 2007).

Os CF são, principalmente, familiares com vínculo direto que partilham habitação com o seu FD (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010; Figueiredo, 2007). A maioria eram cuidadores pela primeira vez, o vínculo efetivo foi a principal razão para assumirem o papel de cuidadores (Martins, 2006; Marques, 2007) e cuidavam até 12horas diárias, embora um número considerável cuidavam até 24horas. Prestavam cuidados em todos os autocuidados, mediante as limitações e necessidades do seu FD, assim como apoio emocional e supervisão regular.

A nível dos principais resultados obtidos, verificou-se uma melhoria nas várias dimensões da saúde avaliadas do cuidador, tendo sido mais significativa na componente da saúde mental.

Quanto à sobrecarga, constatou-se melhorias em todos os domínios, apesar dos cuidadores continuarem a realçar as implicações que os cuidados prestados tinham na sua vida pessoal e social.

Relativamente às estratégias de *coping*, os cuidadores passaram a recorrer a um número mais diversificado de estratégias, de modo mais frequente.

4. DISCUSSÃO

Após a análise dos resultados alcançados, verificaram-se também bons resultados a nível da saúde e sobrecarga manifestada pelos CF, pelo que o trabalho desenvolvido demonstrou ser facilitador da transição para o papel do cuidador, assim como o desempenho destas funções no processo de prestação de cuidados.

A comparação entre os dois momentos de avaliação facultou elementos que permitiram determinar o impacto do PIE, o qual revelou a importância deste tipo de instrumento e desta investigação. Assim, verificou-se um conjunto de alterações interessantes, designadamente: ao nível da saúde do CF, tendo-se verificado uma melhoria na qualidade de vida, assim como da saúde percecionada no domínio físico e mental; ao nível da sobrecarga manifestada, onde verificou-se uma melhoria significativa da mesma, com destaque para as menores referências relativas às implicações na vida pessoal e social do CF; quanto às estratégias de *coping*, os CF passaram a recorrer a um leque mais diversificado de estratégias, assim como implementá-las num maior número de ocasiões.

Contudo, o PIE pode ser melhorado e otimizado, com a adição de intervenções que não é contemplado (ex.: prevenção do risco de úlceras de pressão), tal como a sua implementação em outros contextos, em que um cuidador cuide de uma pessoa dependente.

Além destes aspetos, este estudo permitiu uma melhor perceção e conhecimento de diferentes processos de prestação de cuidados e da sua contextualização, mas também um melhor conhecimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e dos seus pontos de melhoria, como por exemplo, uma melhor dotação de recursos humanos especializados e recursos materiais.

A implementação do PIE em investigações posteriores irão permitir a sua otimização e melhoria da sua eficácia. Deverão ter em consideração o contexto em que serão implementados, a fase da transição vivenciada (é mais efetivo quanto mais célere for o início da intervenção) e as características específicas de cada CF e do processo de prestação de cuidados vivenciado.

CONCLUSÕES

Constatou-se que um PIE no domínio do apoio emocional e instrumental é um importante instrumento no trabalho desenvolvido junto dos CF. Este trabalho possibilitou alcançar um instrumento orientador das intervenções implementadas

pelos enfermeiros, no sentido de estruturar as mesmas.

Constatou-se que a continuidade de cuidados é, em inúmeras ocasiões, assegurada pelos CF que, apesar dos sacrifícios e exigências inerentes, desempenham este papel. Os dados obtidos neste estudo vão de encontro ao que a literatura científica destaca neste domínio, relativamente às características sociais e demográficas dos CF.

O desempenho das funções de cuidador acarretam necessidades específicas e diversas dificuldades associadas, pelo que este tipo de instrumentos assumem particular importância no contexto da continuidade de cuidados. Este PIE permite não só disponibilizar o apoio solicitado pelos CF em diferentes domínios, orientar para as ajudas comunitárias e sociais disponíveis, assim como facultar um conjunto de competências instrumentais e de conhecimentos essenciais para a prestação de cuidados, o que permitem uma melhoria dos mesmos.

Em suma, com este trabalho conseguiu-se minimizar os efeitos negativos para os CF associados aos cuidados por si prestados, assim como melhorar a qualidade dos mesmos, o que revelou a importância e impacto do PIE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- André, S., Cunha, M. & Rodrigues, V. (2010). Família enquanto entidade cuidadora... *Millenium*, 39: 131-134.
- Cardoso, M. J. S. P. O. (2011). *Promover o Bem-Estar do Familiar Cuidador: Programa de Intervenção Estruturado*. (Doutoramento), Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(2), 127-136.
- Cunha, L. M. A. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes*. (Mestrado em Probabilidades e Estatística), Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Dalkey, N. C. (1969). *The delphi Method: An Experimental Study of Group Opinion*. Santa Monica: United States Air Force Project Rand.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente* (Vol. 4). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (N. Salgueiro, Trans.): Lusodidacta.
- Justo, C. (2005). A Técnica Delphi de Formação de Consensos, 10. Disponível em: www.observaport.org
- ICN. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem* (Transcrição da Ordem dos Enfermeiros). Lisboa: International Council of Nurses.
- Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar: Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. (978-989-25-0181-9). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Lewin, R., Singleton, J., & Jacobs, S. (2008). Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*, 1-8.
- Machado, P. A. P. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. (Doutoramento), Universidade Católica, Porto.
- Marques, S. C. L. (2007). *Os Cuidadores Indormais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Nogueira, J. M. (2009). *A dependência*. Ministério da Educação (Ed.) *O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª Edition ed.). St. Louis: Mosby.
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais! Dando voz(es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do Regresso a Casa* (1ª ed.). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem* (1ª Edição ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª Edição). Artmed.
- Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do Idoso - dificuldades dos familiares* (1ª ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 491-500.

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

millenium

O PAPEL DA INOVAÇÃO NO TURISMO DE INTERESSE ESPECIAL: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA	83
THE ROLE OF INNOVATION IN SPECIAL INTEREST TOURISM: A THEORETICAL APPROACH	83
EL PAPEL DE LA INNOVACIÓN EN EL TURISMO DE INTERÉS ESPECIAL: UN ENFOQUE TEÓRICO	83
TURISMO GASTRONÓMICO, UM FATOR DE DIFERENCIAÇÃO	93
GASTRONOMIC TOURISM, A DIFFERENTIAL FACTOR	93
TURISMO GASTRONÓMICO, UM FACTOR DE DIFERENCIACIÓN	93

Millenium, 2(5), 83-92.

en

O PAPEL DA INOVAÇÃO NO TURISMO DE INTERESSE ESPECIAL: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA
THE ROLE OF INNOVATION IN SPECIAL INTEREST TOURISM: A THEORETICAL APPROACH
EL PAPEL DE LA INNOVACIÓN EN EL TURISMO DE INTERÉS ESPECIAL: UN ENFOQUE TEÓRICO

Bruno Sousa¹

¹ School of Hospitality and Tourism (ESHT), Polytechnic Institute of Cávado and Ave (IPCA), Portugal

Bruno Sousa - bsousa@ipca.pt



Corresponding Author

Bruno Sousa

Instituto Politécnico do Cávado e do Ave
Escola Superior de Hotelaria e Turismo
Campus do Instituto Politécnico
4750-810 Barcelos, Portugal
bsousa@ipca.pt

RECEIVED: 24th november, 2017

ACCEPTED: 25th january, 2018

RESUMO

Introdução: O processo de inovação e a sua aplicação em contextos vários têm, gradualmente, ganho terreno na comunidade académica como área de interesse e investigação. Do mesmo modo, nas últimas décadas, também o turismo tem merecido especial destaque nos trabalhos desenvolvidos pelos investigadores, com contributos em várias perspetivas (e.g. económico, social, cultural e ambiental).

Objetivo: Explorar e contribuir para a reflexão da literatura em contextos específicos de turismo e, em que medida, o processo de inovação se assume como fator chave para o seu desenvolvimento e competitividade (e.g. gestão em contextos de ecoturismo).

Métodos: Trata-se de um documento conceptual que reúne os principais componentes do processo de inovação e suas implicações em contextos de turismo de interesse especial (e.g. ecoturismo).

Resultados: O presente trabalho apresenta alguns *insights* na ótica da inovação e empreendedorismo em contextos específicos de turismo. O processo de criação associado à natureza e sistemas de reserva sustentável, mecanismos ou partilha de informações são exemplos de vantagem competitiva para os destinos e produtos turísticos.

Conclusões: O empreendedorismo gerador e fatores inovadores que podem desencadear atividade empresarial. O estudo considera algumas das implicações para a gestão e a literatura. Implicações para pesquisas futuras também são apresentadas.

Palavras-chaves: Competitividade, Ecoturismo, Inovação, Sustentabilidade

ABSTRACT

Introduction: The innovation process, and its application to several contexts, has been gradually gaining ground in the academic community as a field of study. Similarly, in recent decades, tourism has received greater attention from academics in different sciences and focus (e.g. economic, social, cultural and environmental).

Objective: To explore and to contribute the literature on special interest tourism and innovation process (e.g. ecotourism management).

Methods: This is a conceptual paper that brings together the major components of innovation process and its implications in special interest tourism contexts (e.g. ecotourism).

Results: The study presents closely to primary classical innovation and entrepreneurship issues. The creation process associated with the nature and sustainable reservation systems, mechanisms and information sharing are a competitive advantage over tourism destinations and products.

Conclusions: The generators entrepreneurship and innovative factors that may trigger an entrepreneurial activity. The study considers some of the implications for management and literature. Implications for future research are also presented.

Keywords: Competitiveness, Ecotourism, Innovation, Sustainability

RESUMEN

Introducción: el proceso de innovación, y su aplicación a varios contextos, ha ido ganando terreno gradualmente en la comunidad académica como un campo de estudio. Del mismo modo, en las últimas décadas, el turismo ha recibido una mayor atención de académicos en diferentes ciencias y enfoques (por ejemplo, económico, social, cultural y ambiental).

Objetivo: Explorar y contribuir con la literatura sobre el turismo de interés especial y el proceso de innovación (por ejemplo, gestión del ecoturismo).

Métodos: Este es un documento conceptual que reúne los principales componentes del proceso de innovación y sus implicaciones en contextos de turismo de interés especial (por ejemplo, ecoturismo).

Resultados: el estudio se presenta de cerca a la innovación clásica primaria y cuestiones de emprendimiento. El proceso de creación asociado con la naturaleza y los sistemas de reserva sostenible, los mecanismos y el intercambio de información son una ventaja competitiva sobre los destinos y productos turísticos.

Conclusiones: El emprendimiento de los generadores y los factores innovadores que pueden desencadenar una actividad emprendedora. El estudio considera algunas de las implicaciones para el manejo y la literatura. Implicaciones para futuras investigaciones también se presentan.

Palabras clave: Competitividad, Ecoturismo, Innovación, Sostenibilidad

1. INTRODUCTION

Over history, tourism has been a phenomenon characterized by vast innovativeness. Scientific studies have drawn attention to particularly distinctive individuals and enterprises, and their achievements have been analysed and assessed from all perspectives. No matter how spectacular and influential these innovations, and numerous others like them, they have seldom been taken on board in traditional academic innovation research as built up in the wake of Joseph Schumpeter (1934) (Hjalager, 2010). According to Ma and Tan (2006, p.705), “there has been an increasingly popular trend of cross-fertilization among strategic management research and entrepreneurship research, two fields deeply concerned with wealth creation and heavily influenced by Schumpeter’s seminal work on innovation and creative destruction”. In this context, and according Hjalager (2010), the emerging service economy in general, and the upcoming software boom of the 1980s in particular, changed the notion of innovation to include immaterial products, with the result that service industries were also gradually recognized for their measurable innovative potential (Miles, 2003; Zach, 2016). The innovation process, and its application to tourism, has been gradually gaining ground in the academic community as a field of study (Getz & Page, 2016). Similarly, in recent decades, tourism has received greater attention from researchers in various sciences, varying only by the different emphases considered: economic, social, cultural and environmental. Fortunately, and according to Hjalager (2015), growing numbers of tourism researchers are addressing the wide palette of issues that fall within the innovation headline and expanding the methodological scope. In particular, tourism consumption patterns and the growth of “special interest tourism” (SIT) are thought to reflect the continuously increasing diversity of leisure interests of the late-modern leisure society. Tourists are looking for emotional stimuli, they want to buy feelings and not products (Douglas & Derret, 2001; Opaschowski, 2001; Trauer, 2006). According to the World Tourism Organization, tourism consumption patterns reflect the increasing diversity of interests of the late-modern leisure society with “SIT” having emerged, reflecting the new values which include “increased importance of outdoor activities, awareness of ecological problems, educational advances, aesthetic judgement and improvement of self and society” (Trauer, 2006, p. 184). This increased attention must be welcomed, as innovation research represents a meaningful and valuable way of understanding the economic dynamics of the tourism industry, and deeper insights will be helpful for the industry and policy makers alike. The purpose of this article is to identify literature on special interest tourism innovation, in particular from the perspective of sustainability and ecotourism management. In order to structure the sometimes unclear use of the innovation process (in tourism research), the article will present closely to primary classical innovation and entrepreneurship issues. Further sections of the article will look at the special interest tourism perspective including several examples from the perspective of sustainability and ecotourism management. This is a conceptual perspective that brings together the major components of innovation process and its implications in special interest tourism perspective. The generators entrepreneurship and innovative factors that may trigger an entrepreneurial activity. The study considers some of the implications for management and literature. Implications for future research are also presented.

2. INNOVATION PROCESS AND ENTREPRENEURIAL INTENTIONS

Innovation can be seen as a specific tool of entrepreneurs, the means with which exploit change as an opportunity for a different business or service, being able to be understood and, as such, to be practiced, leading to a common distinction between invention and innovation (Drucker, 1993). Almost all the innovations reflect existing knowledge, combined with new uses, suffering the concept of innovation as a shift towards emphasis on the interaction between institutions, focus on interactive for the creation, dissemination and sharing of knowledge and relevance of the role of government processes as an important actor in an innovative environment. It is important to clarify the difference between two concepts that, for different times, tend to be confused: Process Innovation and the Innovation Process. Innovation Process is essentially related to the set of steps that tend to incorporate both the market and technology. Companies have the ability to go seizing, building your knowledge base and thus make the continuous improvement of process management (Tidd, Bessant & Pavitt, 2003). Monitor the internal and external environment and analyse the relevant signals will be the starting point. After this, we have the decision about how to respond. Finally, we will implement the project with the development of technology and the domestic and foreign market (Sousa, 2015).

The Process Innovation, by the way, combines the adoption of a process view of the organization's business with the application of innovation to key processes. This is the big difference, compared with the Innovation Process, but it allows us to understand its complexity. Process Innovation encompasses the prediction of new work strategies, the actual process activity and the implementation of change in their complex human, technological and organizational dimensions (Davenport, 1993).

Product or service innovations refer to changes directly observed by the customer and regarded as new; either in the sense of never seen before, or new to the particular enterprise or destination. Product or service innovations are perceptible to tourists to such an extent that they may well become a factor in the purchase decision (Hjalager, 2010). According to Hjalager (2010); Process innovations refer typically to backstage initiatives which aim at escalating efficiency, productivity and flow. Technology investments are the anchor of mainstream process innovation, sometimes in combination with reengineered layouts for manual work operations. Information and Communication Technology (ICT) has been the backbone of many process innovations in

recent decades, and it has attracted a significant strand of research interest with its own agendas and institutions (Buhalis & Law, 2008). Some research contributions dig into the stages of technology utilization and the gradual evolvement and deepening of the process innovations.

According to Davenport (1993), in practice, companies need to combine the two concepts in a continuous quality program. Ideally, the organization will seek to stabilize the process and start continuous improvement, to later create the ambition to go on the innovation processes. The differences between these two concepts can hinder your combination, so one of the possibilities to minimize this problem may be the assignment of different roles to different managers, with high levels of cooperation. The company must be aware that the risk of innovation processes is at least proportional to the rewards for that in reduced competitiveness continuous improvements environments may be the preferred choice. Highly competitive environments (e.g. greater balance between enterprises, reduced rate of market growth, high barriers to exit) may encourage the bet on a change with the greatest impact (process innovation). Access to information and the challenge of the information revolution is also the base of the reach of competitive advantage, in order to maximize innovation in the process and, consequently, greater differentiation from competitors (Porter & Millar, 1985).

In this context, entrepreneurial activity is seen as a process: includes a set of steps, is subject to management, continuous and applicable in many contexts (Stevenson & Jarillo, 2007). This process becomes a source of competitive advantage on a global scale. This entrepreneurial process is, as a rule, inextricably linked to certain factors that allow initial "take the leap" (circumstances, triggering events). Shindehutte et al. (2000) present a conceptual model (figure 1) that summarizes the dynamic nature of the triggering process in an attempt to summarize the various contributions on this topic.

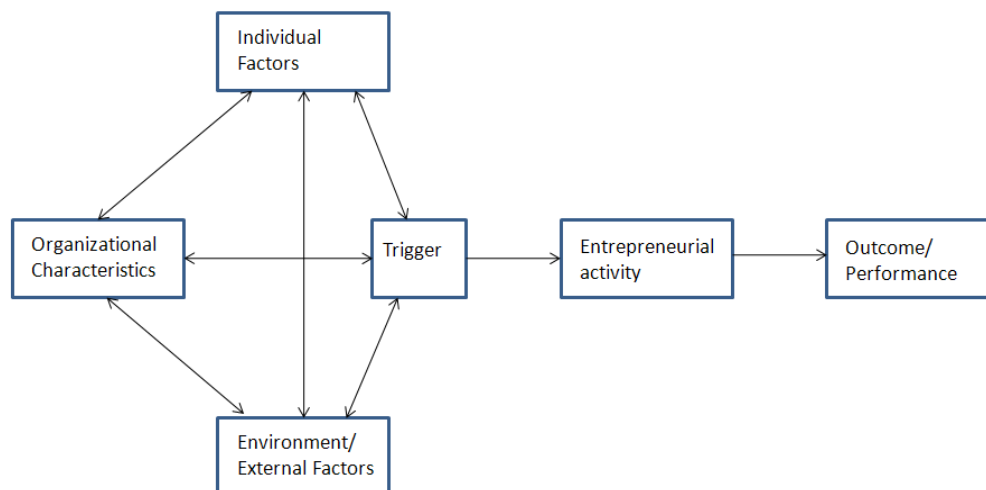


Figure 1 - Dynamic Triggering Process Model

Source: Shindehutte et al. (2000)

The concept of innovation as an outcome or innovative performance is present in innovation theory, wherein he states that the creation of new knowledge or new combinations of existing knowledge are transformed into innovations in the enterprise. Innovation, understood as performance, is a visible result of the ability to generate knowledge, and its utilization, combination, and synthesis for the introduction of products, processes, markets, or new types of organizations or substantially improved ones (Camisón & Monfort-Mir, 2012).

The entrepreneurial process is conceptualized as a response to the awakening of the event. However, the nature of the trigger, relevance and impact depends on the dynamic interaction between the characteristics of managers / employees (e.g., personal life), firm characteristics (e.g., size, culture) and external developments of the environment (e.g., competitiveness). The different types of entrepreneurial activities are probably the result of different types of triggers. Therefore, and according to Stamboulis and Skayannis (2003), being part of the service sector, tourism has inevitably been associated with developments in new technologies and refreshed by organizational and structural innovations. There has been a trend to flexibilization of the tourist product by a form of customization, despite the pressure from tourist operators who still advocate packages of mass tourism. The trends towards 'advanced' facets of the service 'post-industrial' (information) society—customization, flexibilization—render knowledge the new decisive competitiveness factor. Inescapably, this leads to the consideration of learning as a dynamic capability. In the competitive landscape of tourism, any location or business aiming to do better than others, should become

either a learning region or a learning industry. Even more, “emerging alternative tourism has to engage the element of culture, which gains in importance and has to be continuously transformed” (Stamboulis and Skayannis, 2003, p.35).

The tourism industry is undergoing significant restructuring. According to Stamboulis and Skayannis (2003, p.35), “the combination of mass and conventional tourism has so far formed the major part of the organized tourist business, with non-mass alternative tourism having the smaller part of the pie. Mass tourism may, under certain conditions, be alternative, as conventional tourism may be non-mass or individualized”. The term ‘conventional’ refers to the type of activities the tourists follow (for instance the ‘4Ss’, i.e. sea, sun, sand, sex), while the term ‘mass’ predominantly refers to numbers of tourists. We will dedicate a subpoint to the study of special interest tourism in this article in the next section or our research. Collaboration for innovation is a key contributor to successful innovations in the tourism industry. Research, however, has not fully understood how tourism organizations with less than 10 employees (also known as micro organizations) can foster collaboration for innovation (Zach, 2016).

According to Ottenbacher and Harrington (2008), there are a number of models of the innovation process. Most are based on new product development (NPD) models derived from an engineering perspective, and consist of six main steps: (1) idea generation, (2) screening, (3) business analysis, (4) concept development, (5) final testing and (6) commercialisation (e.g. Booz et al, 1982). Although the use of a development model in the innovation process does not guarantee success, research has demonstrated a connection between the use of innovation process models and an increase in the likelihood of success in a variety of settings (Ottenbacher et al, 2006). For instance, Ottenbacher and Harrington (2007) looked at the new innovation development process used by Michelin-starred chefs in Germany. Research results indicated that the development process in this setting had similarities to and differences from traditional concepts of NPD. According to Hjalager (2010), process innovations may be platforms for improved services that will be recognizable to the customer and add to the value of the product. For example automatic check-in-systems can save time for both customers and staff. According to Hjalager (2010), empirical studies, however, tend to conclude that the lodging industry employs technology to improve employee productivity and enhance revenues, but that limited strategic priority is given to technologies designed to improve guest services (Martin, 2004; Siguwaw, Enz, & Namasivayam, 2000; Sundbo et al., 2007). Svejnova et al (2007) evaluated the change process in a high-end culinary setting. Specifically, the research team considered Ferran Adrià’s professional evolution as a leader in the field, as well as creating a theoretical model (based on earlier models of creativity (e.g. Drazin et al, 1999)) on how institutional entrepreneurs initiate change (figure 2).

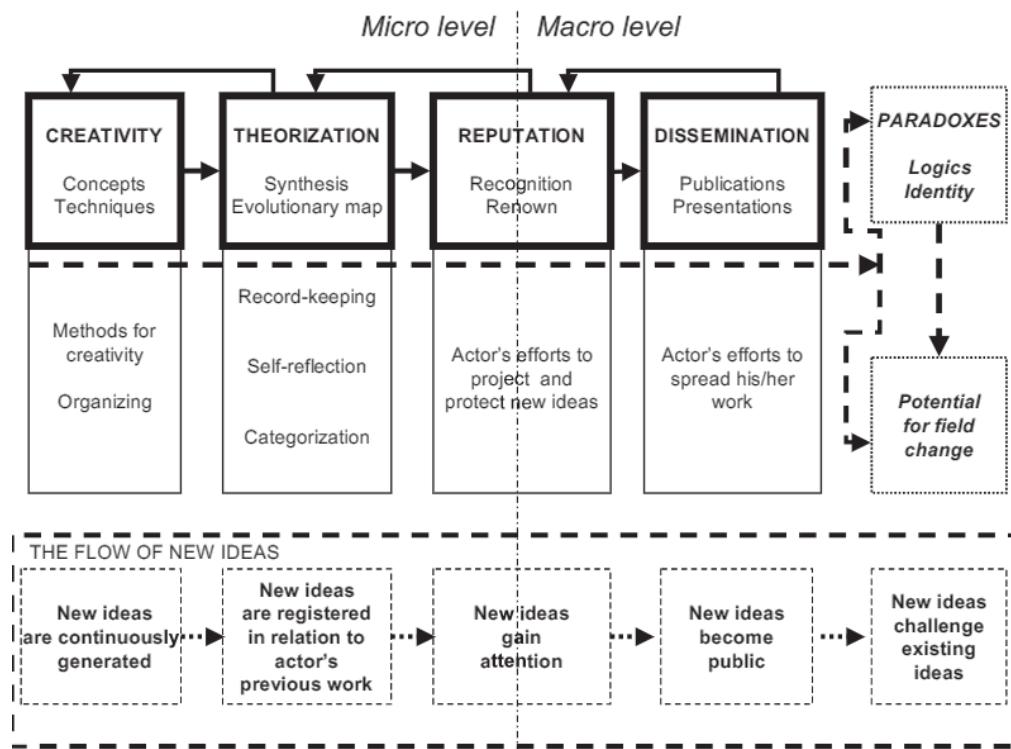


Figure 2 - How an institutional entrepreneur initiates change

Source: Svejnova et al (2007)

In conclusion, and according to Stamboulis and Skayannis (2003), tourism is undergoing significant change and facing new challenges. At least two dimensions of the change can be identified: new forms of tourism, characterized by the tendency to depart from mass tourism and the diffusion of information and communication technologies, with a pervasive effect on the creation, production and consumption of the tourist product. Consumer behaviour in tourism consumption has been changing, developing a more segmented, specialised and sophisticated market mainly aiming at unique activities available at the places visited (Nylander & Hall, 2005; Robinson & Novelli, 2005; Novelli, Schmitz & Spencer, 2006).

According to Aldebert, Dang & Longhi (2011), tourism encompasses all the activities dedicated to the satisfaction of tourists' needs, and borrows from multiple activities. Products addressed to tourists are complex and heterogeneous; they constitute a combination of elements separated in time and space (Cacomo & Solonandrasana, 2001), and often are packages of interrelated products and services (transport, accommodation services, leisure services. This notion of packaging and bundling is the core of the tourism industry activity (Aldebert, Dang & Longhi, 2011). Innovative attempts gain new strategic value when viewed from a perspective that values experience as an important new attribute, in specific the case of "special interest tourism" (SIT).

3. SPECIAL INTEREST TOURISM (SIT)

It is acknowledged that it is difficult, if not even impossible, to define tourism, or Special Interest Tourism (SIT), in a manner acceptable to researchers across the spectrum of tourism disciplines and research approaches (Butler, 1999; Trauer, 2006). According to Trauer (2006), Brotherton and Himmetoglu (1997) in their attempt to conceptualize and define SIT, reviewed literature within leisure and tourism, comparing existing typologies and frameworks (leisure and tourism contexts). According to Wearing (2002), the tourist in the 21st century is 'searching for new and exciting forms of travel in defiance of a mass-produced product yet without 'actually having to involve themselves in any way', a reflection of increasing commodification and depersonalization within modern and post-modern society (Trauer, 2006). Visitors want to personally experience the immaterial qualities, seeking ambiance, aesthetics and atmosphere, looking for an experience full of varying intimacies, intensities and complexities (Trauer, 2006). Process innovations, take place widely in special interest tourism and niche tourism perspective. For instance, from winter sports, Clydesdale (2007) explains how ski lift capacity is a critical element in process efficiency and that choice of technology for that purpose is decisive. Airports adopt a wide variety of technologies that ensure the mobility of people, luggage, goods and information, in order to alleviate the challenges of transportation (Hjalager, 2010). Over the years, and for a number of reasons, new types of technology have entered airports. The same style of process innovation can be found permeating into visitor attractions for the purposes of crowd control. Process innovations that address energy consumption and climate impacts are on the future agenda for many types of tourism enterprise, not least transportation (Peeters, Gossling, & Becken, 2006; Hjalager, 2010).

Tourism is a phenomenon that moves millions of people around the world, taking as a major driver of the global economy. Every year, much due to the frequent changes in the tourism environment, fosters competition between and within tourist destinations (Bigné & Andreu, 2004). It is multifaceted and geographically complex activity, where different services are ordered and delivered in different stages, from origin to destination (Sousa, Casais & Pina, 2017). To set Special Interest Tourism (SIT) in a broader overall tourism context, Brotherton and Himmetoglu (1997) suggest a "Tourism Interest Continuum". Based on Culligan's framework, they propose that "through increasing travel experience, confidence and affluence, a maturation or tourist life cycle transition from "safe to more adventurous kinds of travel and holidays" occurs, with the tourist "trading up" and purchasing social prestige and ego-enhancement" (Trauer, 2006, p. 187). As a psychological phenomenon, a tourist trip is preceded by a specific need that generates a reason to travel and sets a goal for the trip, which follows the search for information (Gursoy & McCleary, 2004). Like other emerging sectors in a modern economy, tourism is a dynamic and ever-changing industry.

Consequently, Special Interest Tourism (SIT), both as a product or sector in its own right and as a distinct entity within the overall tourism spectrum, has been largely ignored as an important area of study within the tourism field in general. Trends in global tourism demand suggest the emergence of sophisticated consumers looking for new, different and specific tourist experiences. In such context, niche marketing seems a relevant response to market dynamics. Although niche marketing has been successfully applied to a high number and many types of businesses, there is a shortage of research addressing the way niche marketing may be applied to tourism (Dalgic & Leeuw, 1994). Therefore, and according to Robinson and Novelli (2005), the term 'niche tourism' is largely borrowed from the term 'niche marketing', which in turn has appropriated the niche concept from the language of the relatively recent discipline of ecology. Hutchinson (1957) is widely credited with introducing the concept of 'niche' referring, in its widest sense, to a region in a multidimensional space characterised by environmental factors that affect the welfare of the species. At one end of the spectrum then "niche tourism can be defined as breaking down into still relatively large market sectors (macro-niches – i.e. cultural tourism, rural tourism, sport tourism, etc.), each capable of further segmentation (micro-niches – i.e. geo-tourism, gastronomy tourism, cycling tourism, etc.). At the other end of the spectrum, niche tourism is focused on very precise small markets that would be difficult to split further" (Robinson & Novelli, 2005, p.6).

According Robinson & Novelli (2005), we can consider several cases of niche tourism address a wide variety of motivations, behaviours and experiences from both the perspective of production and consumption. They provide an integrated picture of niche tourism as a whole, looking at specific scenarios, offering a comprehensive theoretical framework and discussing initiatives, policies and strategies adopted internationally. Brotherton and Himmetoglu (1997) theorize a continuum of “dabbler”, “enthusiast”, “expert” and “fanatics”, and their study, consisting of a questionnaire distributed to UK Outbound SIT participants and operators investigating market segmentation and product grouping, provided tentative evidence. Their classifications are not unlike those suggested in the following proposed theoretical framework. The main cells are formed by a horizontal axis that traces the level of involvement; a continuum that ranges from low levels of involvement (multi-dimensional) as in “attraction” in a special interest focus (e.g. ecotourism and sustainability in tourism), to high levels of involvement as in centrality and commitment (Trauer, 2006).

4. SUSTAINABILITY AND ECOTOURISM IN PORTUGAL

Sustainable tourism development should be seen as an adaptive paradigm, a part of the parental concepts of development and sustainable development, and it should aim at contributing to objectives of sustainable development and development in general by determining specific principles in the light of its parental concepts (Tosun, 2001). According Hassan (2000), tourism marketing for the new millennium and beyond must focus on forms of tourism that are sensitive to promoting and sustaining the environmental integrity of natural and cultural heritage resources. Negative effects of tourism development and growth on the destination and its environment can decrease its long term comparative advantage and reduce tourist demand (Ibiapina, 2016).

According Hardy, Beeton & Pearson (2002), the evolution of the concept of ‘sustainable tourism’ was evident in the literature before the term sustainable development was officially used. An example of this is include Butler’s Destination Life Cycle Model (Butler, 1980), which has been argued as reflecting the concept of sustainable development indirectly and the concept of carrying capacity (Stankey, 1973). Thus, for instance, a Portuguese innovation in Shanghai (figure 3) Tourist Transportable Tower (TTT) proved a bet Portuguese company DST at the World Expo, taking as a multifunctional design of sustainable architecture, with 9 meters tall, 3 wide and 3 deep, assuming an autonomous space minimalist design oriented to nature and sustainable tourism. According DST Group, the TTT “is an industrialised project and a multifunctional sustainable architecture. It is, simultaneously, an urban modularity and evolutionary procedure, of environmental integration and touristic mobility, in an innovative mixture that represents a new concept in habitability”. With a minimal design and a strong revealing image, bold at the level of the structural solution, TTT combines natural lighting and energetic potential through active and passive solar systems.

Its physical dimension and inner space is optimised with resort to the prevalence of a harmonious and integrated relation with the outer surroundings. The present technology establishes an innovative timber-glass composite constructive system in which the combination of these materials simultaneously assumes energetic, structural, functional and aesthetic character. The system materialises through a multipurpose modular panel, able to be applied horizontally – as slab – or vertically – as sustaining wall. It integrates passive solar systems and bioclimatic functions, which results in energetic efficiency, thus constituting a clear innovation in terms of prefabricated structural elements (DST, 2013).



Figure 3 – Tourist Transportable Tower

Source: <http://www.tttower.com>

Also interesting, the Ecorkhotel, Évora Suites & SPA (figure 4) is a eco-hotel in Alentejo (Portugal), in special interest tourism contexts. This eco-hotel has 56 private suites with 70m² each, surrounded by centenary olive trees, holm trees and cork trees. It features a modern design and a contemporary and relaxing ambiance, inserted in Alentejo's landscape. It uses geothermal

energy to heat the main building and swimming pools and solar panels to heat the water used throughout the hotel and both swimming pools. Being a 100% natural product, cork is the most important element in the main building, as well as the involving landscape. Ecorkhotel uses cork as its coating, becoming one of the rare examples of buildings in the world who have this feature and the first to do so in the hospitality sector. Using cork in the exterior part of the building, works as a thermic and acoustic isolator and allows for an exceptional energetic efficiency as well as a natural touch to the building itself. The hotel was planned and built having maximum energetic efficiency in mind.



Figure 4 – Ecorkhotel

Source: www.ecorkhotel.com

Similarly, Inspira Santa Marta Hotel in Lisbon picked up the award for a wide range of efforts intended to do more than improve hotel performance, but to become - and incentivise others to become - more environmentally responsible. The hotel's core concept is sustainability without compromising the comfort of guests. Inspira implemented measures to minimise its ecological footprint, reducing consumption in all operations areas, using 100% green energy, thermal accumulators, recycling systems and paperless procedures, amongst other initiatives. The hotel's ambitions aim to respect the environment whilst meeting the demands of its environmentally conscious guests, and the award is recognition for all the programmes in which Inspira has invested over the past four years, and is another step to become a leading example of sustainability.

5. FINAL CONSIDERATIONS AND FUTURE RESEARCH

In an increasingly global world, which tends to predominate competitiveness and change, the difference is, often, the ability to create discontinuities in the external environment. Many times the success is the ultimate goal, which focuses on searching for new products, new markets, new organizational forms and new sources of customer value. The purpose of this article was to identify contributors on special interest tourism innovation, in particular from the perspective of sustainability and ecotourism management. In order to structure the sometimes unclear use of the innovation process (in tourism research), the article presented to primary classical innovation and entrepreneurship issues. For instance, the creation process associated with for nature and sustainable reservation systems, mechanisms and information sharing as a form of competitive advantage over other tourist destinations (social networks), the marketing of nature and sustainable tourism products and services as well as other related activities that can leverage the increased business synergies.

It is expected that future work can contribute to the development of empirical studies to test the relationships in process innovation and special interest tourism contexts. Overall the idea would be to measure the constructs and to gauge the impact of certain factors in the predisposition to process innovation into visitors and entrepreneurs and focus group in special interest tourism contexts. Thus, an empirical study will not only test the propositions but also bring a quantitative and qualitative perspective. The generators entrepreneurship and innovative factors that may trigger an entrepreneurial activity and whose origin may be associated with internal, external factors and characteristics of the organization. This study is primarily theoretical and reflection, thereby is expected to arise in the future some work of a practical nature that bring greater robustness to support and perspectives presented. Future research ought to develop an empirical study to test the relationships addressed with a research model. It would be relevant to identify specific profiles of tourism consumers - exploring motivations, determinants and purchase decision. An empirical study would further allow understanding how the constructs in the research model relate to each other (relationship between innovation process and specific tourism contexts). The study of the proposed relationships permits gauging the impact of certain factors in the predisposition towards the destination (e.g. likelihood of recommending a destination or a service).

REFERENCES

- Aldebert, B., Dang, R. J., & Longhi, C. (2011). Innovation in the tourism industry: The case of Tourism@. *Tourism management*, 32(5), 1204-1213.
- Bigne, J. E., & Andreu, L. (2004). Emotions in segmentation: An empirical study. *Annals of Tourism Research*, 31(3), 682-696.
- Booz, & Allen & Hamilton. (1982). *New products management for the 1980s*. Booz, Allen & Hamilton.
- Brotherton, B., & Himmetoglu, B. (1997). Beyond destinations—special interest tourism. *Anatolia*, 8(3), 11-30.
- Buhalis, D., & Law, R. (2008). Progress in information technology and tourism management: 20 years on and 10 years after the Internet - The state of eTourism research. *Tourism management*, 29(4), 609-623.
- Butler, R. W. (1999). Sustainable tourism: A state-of-the-art review. *Tourism geographies*, 1(1), 7-25.
- Camisón, C., & Monfort-Mir, V. M. (2012). Measuring innovation in tourism from the Schumpeterian and the dynamic-capabilities perspectives. *Tourism management*, 33(4), 776-789.
- Clydesdale, G. (2007). Cultural evolution and economic growth: New Zealand Maori. *Entrepreneurship and Regional Development*, 19(1), 49-68.
- Dalgic, T., & Leeuw, M. (1994). Niche marketing revisited: concept, applications and some European cases. *European Journal of Marketing*, 28(4), 39-55.
- Davenport, T. H. (1993). *Process innovation: reengineering work through information technology*. Harvard Business Press.
- Douglas, N., & Derrett, R. (2001). *Special interest tourism*. John Wiley and Sons Australia, Ltd.
- Drucker, P. F. (1993). *Managing for the Future*. Routledge.
- DST (2013). <http://www.tttower.com>
- Getz, D., & Page, S. J. (2016). Progress and prospects for event tourism research. *Tourism Management*, 52, 593-631.
- Gursoy, D., & McCleary, K. W. (2004). An integrative model of tourists' information search behavior. *Annals of tourism research*, 31(2), 353-373.
- Hardy, A., Beeton, R. J., & Pearson, L. (2002). Sustainable tourism: An overview of the concept and its position in relation to conceptualisations of tourism. *Journal of Sustainable Tourism*, 10(6), 475-496.
- Hassan, S. S. (2000). Determinants of market competitiveness in an environmentally sustainable tourism industry. *Journal of travel research*, 38(3), 239-245.
- Hjalager, A. M. (2015). 100 innovations that transformed tourism. *Journal of Travel Research*, 54(1), 3-21.
- Hjalager, A. M. (2010). A review of innovation research in tourism. *Tourism management*, 31(1), 1-12.
- Ibiapina, M. M. (2016). The ecotourism development on the Barrinha Beach, Ilha das Canárias (MA, Brazil). *Revista Brasileira de Ecoturismo*, 9(6), 713-736.
- Iso-Ahola, S. E. (1983). Towards a social psychology of recreational travel. *Leisure Studies*, 2(1), 45-56.
- Ma, H., & Tan, J. (2006). Key components and implications of entrepreneurship: A 4-P framework. *Journal of Business Venturing*, 21(5), 704-725.
- Martin, L. M. (2004). E-innovation: internet impacts on small UK hospitality firms. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 16(2), 82-90.
- Miles, I. (2003). Services and the knowledge-based economy. *Service innovation, organizational responses to technological opportunities & market imperatives*. London, 81-112.
- Novelli, M., Schmitz, B., & Spencer, T. (2006). Networks, clusters and innovation in tourism: A UK experience. *Tourism management*, 27(6), 1141-1152.
- Nylander, M., & Hall, D. (2005). Rural tourism policy: European perspectives. *Rural tourism and sustainable business*, 17-40.
- Opaschowski, H. W. (2001). *Das gekaufte Paradies—Tourismus im 21. Jahrhundert*. Hamburg.
- Ottbacher, M., & Harrington, R. J. (2008). The culinary innovation process: A study of Michelin-starred chefs. *Journal of Culinary Science & Technology*, 5(4), 9-35.
- Ottbacher, M., & Harrington, R. J. (2007). The innovation development process of Michelin-starred chefs. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 19(6), 444-460.
- Peeters, P., Gossling, S., & Becken, S. (2006). Innovation towards tourism sustainability: climate change and aviation. *International journal of innovation and sustainable development*, 1(3), 184-200.
- Porter, M. E., & Millar, V. E. (1985). How information gives you competitive advantage.

- Robinson, M., & Novelli, M. (2005). Niche tourism: an introduction. *Niche tourism: Contemporary issues, trends and cases*, 1-11.
- Schindehutte, M., Morris, M. H., & Kuratko, D. F. (2000). Triggering events, corporate entrepreneurship and the marketing function. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 8(2), 18-30.
- Schumpeter, J. (1934). Capitalism, socialism, and democracy.
- Siguaw, J. A., Enz, C. A., & Namasivayam, K. (2000). Adoption of information technology in U.S. hotels: strategically driven objectives. *Journal of Travel Research*, 39, 192-201.
- Sousa, B., Casais, B. & Pina, G. (2017). A influência da marca territorial na predisposição do consumidor turístico: O caso Cabo Verde. *European Journal of Applied Business and Management*, Special Issue, pp. 324-335, ISSN 2183-5594.
- Sousa, B. (2015). Dynamic differentiation and the creative process in tourism management destinations, *Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo – RBTur*, 10(1), pp. 3-17, jan./abr. 2015, São Paulo, e-ISSN 1982-6125.
- Stankey, G. H. (1973). Visitor perception of wilderness recreation carrying capacity.
- Stevenson, H. H., & Jarillo, J. C. (2007). A paradigm of entrepreneurship: Entrepreneurial management. *Entrepreneurship: Concepts, theory and perspective*, 155-170.
- Stamboulis, Y., & Skayannis, P. (2003). Innovation strategies and technology for experience-based tourism. *Tourism management*, 24(1), 35-43.
- Sundbo, J., Orfila-Sintes, F., & Sørensen, F. (2007). The innovative behaviour of tourism firms—Comparative studies of Denmark and Spain. *Research policy*, 36(1), 88-106.
- Svejenova, S., Mazza, C., & Planellas, M. (2007). Cooking up change in haute cuisine: Ferran Adrià as an institutional entrepreneur. *Journal of Organizational Behavior*, 28(5), 539-561.
- Tidd, J., Bessant, J., Pavitt, K., & Tavares, C. (2003). *Gestão da inovação: integração das mudanças tecnológicas, de mercado e organizacionais*.
- Tosun, C. (2001). Challenges of sustainable tourism development in the developing world: the case of Turkey. *Tourism management*, 22(3), 289-303.
- Trauer, B. (2006). Conceptualizing special interest tourism—frameworks for analysis. *Tourism Management*, 27(2), 183-200.
- Wearing, S. (2002). Re-centring the self in volunteer tourism. In G. M. S. Dann (Ed.), *The tourist as a metaphor of the social world* (pp. 237-262). Wallingford, Oxon: CABI Publishing.
- Zach, F. (2016). Collaboration for innovation in tourism organizations: leadership support, innovation formality, and communication. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 40(3), 271-290.

Millenium, 2(5), 93-98.

en

TURISMO GASTRONÓMICO, UM FATOR DE DIFERENCIAÇÃO
GASTRONOMIC TOURISM, A DIFFERENTIAL FACTOR
TURISMO GASTRONÓMICO, UM FACTOR DE DIFERENCIACIÓN

*Sandra Cunha*¹

¹ *Mazaltur Travel and Tourism Agency Lda, Portugal*

Sandra Cunha - sandracunha-89@live.com.pt



Corresponding Author

Sandra Cunha

Av. Alm. Afonso Cerqueira, Lote 363, Loja AJ
3510 076-Viseu-Portugal
sandracunha-89@live.com.pt

RECEIVED: 13th setember, 2017

ACCEPTED: 18th january, 2018

RESUMO

Introdução: O turismo gastronómico cresceu consideravelmente em todo o mundo tal como a nível europeu. De acordo com a Organização Mundial do Turismo (OMT, 2012), os destinos e empresas de turismo estão conscientes da importância da gastronomia para diversificar o turismo e estimular o desenvolvimento económico local, regional e nacional.

A gastronomia sempre faz parte da história de Portugal como um produto que lhe conferia autenticidade e glamour.

Objetivos: Divulgar o produto estratégico Gastronomia, como produto turístico de excelência com alto potencial de desenvolvimento para o Turismo Português.

Métodos: Analisou-se vários estudos publicados correlacionando as principais ideias e teorias, enfocando a importância do Turismo Gastronómico e eventos gastronómicos para o desenvolvimento de regiões e rotas gastronómicas como fator diferenciador. Além do perfil do turista gastronómico, foram analisadas as fases da experiência do turismo gastronómico e do comportamento dos turistas gastronómicos.

Resultados: Verificou-se algumas falhas significativas na revisão de literatura efetuada, pois não existem muitos estudos relativos ao contributo da gastronomia no desenvolvimento das regiões.

Conclusões: A gastronomia é um dos produtos turísticos que mais influência tem aquando da escolha do destino. Portugal deve tal como Espanha e França estruturar o produto gastronomia como um produto que confere a Portugal autenticidade e qualidade. A gastronomia e os vinhos são considerados ativos qualificadores da oferta turística portuguesa (Estratégia Turismo 2027, 2017).

Palavras-chaves: Turismo gastronómico, Gastronomia, Rotas gastronómicas.

ABSTRACT

Introduction: Gastronomic Tourism has grown considerably worldwide and even at European level. According to the World Tourism Organization (UNWTO, 2012), the destinations and tourism companies are aware of the importance of gastronomy to diversify tourism and stimulate local, regional and national economic development.

Gastronomy has always been part of the history of Portugal as a product that gave it authenticity and glamor.

Objectives: This article intends to make known the strategic product Gastronomy, as a tourist product of excellence with high development potential for Portuguese Tourism.

Methods: We have analyzed several published studies correlating the main ideas and doctrines, focusing the importance of Gastronomic Tourism and gastronomic events for the development of regions and gastronomic routes as a differentiating factor. As well as the profile of gastronomic tourist, the phases of the experience of gastronomic tourism and gastronomic tourists behavior were analyzed.

Results: there are some significant flaws in the literature review, since there are not many studies regarding the contribution of gastronomy to the development of the regions.

Conclusions: Gastronomy is one of the tourist products that has the most influence when choosing the destination. Portugal should, like Spain and France, structure the gastronomy product as a product that gives Portugal authenticity and quality. The gastronomy and the wines are considered qualifying assets of the portuguese tourist offer (Estratégia Turismo 2027, 2017).

Keywords: Gastronomic Tourism, Gastronomy, Gastronomic Routes.

RESUMEN

Introducción: El turismo gastronómico ha crecido considerablemente a nivel mundial e incluso a nivel europeo. Según la Organización Mundial del Turismo (OMT, 2012), los destinos y las empresas de turismo son conscientes de la importancia de la gastronomía para diversificar el turismo y estimular el desarrollo económico local, regional y nacional.

La gastronomía ha sido siempre parte de la historia de Portugal como un producto que le dió autenticidad y *glamour*.

Objetivos: Revelar el producto estratégico Gastronomía, como producto turístico de excelencia con alto potencial de desarrollo para el turismo portugués.

Métodos: Hemos analizado varios estudios publicados correlacionando las principales ideas y doctrinas, enfocando la importancia del Turismo Gastronómico y los eventos gastronómicos para el desarrollo de las regiones y rutas gastronómicas como factor diferenciador. De igual forma, además del perfil del turista gastronómico, se analizaron las fases de la experiencia del turismo gastronómico y el comportamiento de los turistas gastronómicos.

Resultados: Se observan algunas fallas significativas en la revisión de literatura efectuada, pues no existen muchos estudios relativos a la contribución de la gastronomía en el desarrollo de las regiones.

Conclusiones: La gastronomía es uno de los productos turísticos que más influencia tiene en la elección del destino. Portugal debe tal como España y Francia estructurar el producto gastronomía como un producto que confiere a Portugal autenticidad y calidad. La gastronomía y los vinos se consideran activos calificadores de la oferta turística portuguesa (Estrategia Turismo 2027, 2017).

Palabras Clave: Turismo gastronómico, Gastronomía, Rutas gastronómicas.

INTRODUCTION

According to the study conducted by Intercampus for *Turismo de Portugal, I.P.*, the level of satisfaction of tourists with their holidays in Portugal is very high, with 94% of "Very satisfied", with 51% considering that vacations exceeded their expectations 93% to return to Portugal in the next 3 years.

Compared to 2014, there is a significant increase in tourists' intention to return to Portugal in the next 3 years (+13 p.p. of tourists), with UK tourists showing a greater probability of returning to Portugal. This level of satisfaction is even higher when we give the tourism product the differentiating element, as Gastronomy confers (travelBI, 2015). The present article will analyze the importance of Gastronomic Tourism for the development of the regions, as well as the importance of gastronomic events and routes as a differential factor.

1. CONCEPT AND PROFILE OF GASTRONOMIC TOURIST

The term "gastronomic tourism", widely used, is defined as "being in search of a unique eating and drinking experience". Gastronomic tourism generally refers to the originality of a dish and to the authentic connection of that dish to a place, region or country (Gheorghe, Tudorache, & Nistoreanu, 2014). Cooking and manipulating food is nothing more than art, this art has acquired different modes in different peoples, giving food a character that goes beyond the supply of energy to the body (Possamai & Peccini, 2015). This covers the main areas of indigenous culinary and even wine tourism, in this way Literature is often seen using different terms such as "culinary tourism", "gastronomic tourism", "gastro tourism", "food tourism" and "gourmet tourism" (Sormaz, Akmes, Gunes, & Sercan, 2016).

The gastronomy has acquired different characteristics and has become a differentiating cultural element. Those who travel are more and more experienced people, with greater financial availability and more leisure time to travel (Possamai & Peccini, 2015).

Gastronomic Tourism allows them to escape from their usual environment and enter into a world of novelty. It can be concluded that more and more tourists are looking for concrete learning experiences, in which gastronomy plays a predominant and central role (Jong & Varley, 2016).

Individuals seeking this type of Tourism aren't necessarily the same individuals engaged in other non-gastronomic activities (UNWTO, 2012). This type of tourism attracts travelers with higher economic power, originating in the world of the so-called BRICS. Travelers with little experience / no travel culture; countries with economic power; travel to Europe with high growth in Central Portugal (travelBI, 2015).

Gastronomic Tourism is an emerging phenomenon that has been developed as a new tourist product, due to the fact that more than a third of tourists dedicate their spending to food. Therefore, the Destination Gastronomy is an aspect of extreme importance in the quality of the holiday experience (Quan & Wang, 2004).

Gastronomic Tourism is convened in an intangible heritage because it is associated with the valorization of the identity and uniqueness of the destinations. Thus, tourists who aim to have an experience, with the consumption of food, is in this article a reflection in the context of a globalized society (Henriques & Custódio, 2010).

2. THE IMPORTANCE OF GASTRONOMIC TOURISM FOR REGIONS DEVELOPMENT

Focusing on the relationship between destination image and gastronomy, a growing number of authors consider that the pleasure offered by life experiences adds an image of differential value to the destination (Folgado-Fernández, Hernández-Mogollón, & Duarte, 2016).

According to the report "Tourism Strategy 2027", the main goal is the fight against seasonality, with Gastronomic Tourism being a great enhancer to reduce this seasonality from 37.5% to 33.5% of Portugal, 2017). Portugal is identified as one of the best destinations of Gastronomy and Wine of Europe and is therefore considered a tourist product valuing the tourist offer of a region. This enrichment is all the more evident if we maintain that Portugal is identified by four of the tourist markets (France, Italy, Spain and the Netherlands) as the third best destination of Gastronomy and Wine, according to consumers. These results are all the more important if one retains the distinction between Spain, France, Germany, Brazil and Italy (Turismo

de Portugal, 2015) among the main tourist markets in the central region of Portugal. Gastronomy is an important factor to consider when talking about valuing the attractiveness and uniqueness and specificity of tourist destinations. Here, the importance of gastronomy and specifically of the so-called "gastronomic identity" of the destinations is highlighted (Seaman, 2008). Tannahill (1973) quoted in the book "Food Tourism Around the World" refers to the importance of gastronomic identity as an integral part of the culture, inserting itself in the creation / development processes of the different tourist destinations that consider Gastronomy as intangible heritage (Mitchell & Hall, 2003).

The Mediterranean diet, which is part of the list of Intangible Heritage of UNESCO, is thus taken to "sell" the cultural identity of Portugal. Food consumption tends to be perceived as a relevant factor in the development of marketing in a region as well as a factor that favors the valorization of local ingredients (UNESCO National Commission, 2013).

It should also be noted that when Gastronomy & Wine is the main reason for the trip, this represents approximately 25% of the total number of leisure trips made by European tourists (THR, 2013). The Portuguese Association of Tourism in Culinary and Economy (APTECE, 2014) mentions that the average expenditure of this type of Tourism varies between € 150 and € 450 and if we include "Culinary Tourism" here, spending may increase, workshops and other types of wine and food courses.

Gastronomy & Wine should be a product of excellence for Portugal, proof of this is the fact that tourists are staying longer and spending more money in Porto and Northern Portugal. Of all the activities practiced by tourists during the visit to Porto and North, more than 70% of respondents say they have tried local gastronomy, which represents an increase of 5% compared to the results of 2016. This fact clearly demonstrates the economic importance of this product tourist. It is therefore important don't lose the authenticity and to continue betting on local quality gastronomy, which is one of the most genuine attributes of Porto and North (IPDT, 2017).

2.1. Gastronomic events as a factor for the development of gastronomic tourism

Gastronomic tourism can be operationalized from attractions such as: regional cuisine, gastronomic events, itineraries, routes and gastronomic circuits (Quan & Wang, 2004). The experiential journey of Gastronomic Tourism is related to a particular lifestyle that includes experimentation, learning of different cultures, acquisition of knowledge and understanding of the qualities or attributes related to tourist products, as well as the culinary specialties produced in this region through consumption (Hall & Sharples, 2003). The gastronomic events constitute a differentiating hub for the Gourmet tourists, and for the Indigenous foodies. If we consider the stages of the Gastronomic Tourism experience, Gastronomists contemplate all people with high interest and involvement with gastronomy and Indigenous foodies contemplate all people with high and medium interest and involvement with gastronomy (Mitchell & Hall, 2003).

One of the main factors that have contributed to attracting tourists interested in gastronomic events is the lifestyle. Gastronomic Tourism is an authentic experience of a sophisticated lifestyle where gastronomic events must be related to high quality food and locally grown products (Kivela & Crotts, 2006). Other factors that influence tourism are socioeconomic variables. These variables help to build tourism profile of the gastronomic events, namely: age, sex, income and education. It is suggested thus that there are three segments of tourists of gastronomic events that can be distinguished as: event lovers, interested in events and curious tourist (Gheorghe, Tudorache, & Nistoreanu, 2014).

According to APTECE you could bet on "land-to-table" culinary events, using for example the fifth or production area for gastronomic events, to make more workshops using whenever possible to the chefs with international reputation or Michelin stars with the support of the Gastronomic Confraternities (APTECE, 2014).

Gastronomic festivals, food fairs, events, farmers' markets, shows and culinary demonstrations, tastings of quality food products or any food-related tourism activity take the form of an experiential trip to a gastronomically tending region for recreational or entertainment purposes (Hall & Sharples, 2003).

2.2. Gastronomic routes as a factor of cultural development

Firstly, the traditional strategies in the development of gastronomic tourism must give place to strategic tools to articulate the quality, variety and uniqueness of the local products and gastronomy of a territory. These offers, which must be presented authentically, should be based on the values of cultural identity, sustainability, quality of tourism products and services and consumer protection (UNWTO, 2012).

As pull factors one can point out the Gastronomic Routes that should be worked as topophile link. The Gastronomic Routes are alongside the Gastronomy product a niche tourism product when evaluated as primary motivation (KalksteinSilkes, Cai, & Lehto, 2008). The key factors regarding the image of the product Gastronomy are: to take the chefs on board as interpreters of the territory, the development of high quality and credible promotional tools such as gastronomic routes, organization of events, media and Internet use and social networks (UNWTO, 2012).

Whoever visits Portugal can not fail to drink coffee accompanied by a cream cake or any Portuguese pastry; taste the excellent Portuguese olives; to taste a simple grilled fish, seasoned with Portuguese olive oil; delight in the excellent Portuguese seafood; to taste for dessert one of the many convent candies: sweet rice, cream milk, sponge cake, nun's belly, angel paps, bacon from heaven and many others; to taste the pear rock of the west, the Apple of Bravo Esmolfe and the Apple of Alcobaça, the Plum of

Elvas, the cherries of Cova da Beira or the pineapple of the Azores. They are all PDO fruits; taste a green or white wine, fresh, in hot days (Turismo de Portugal, 2013). But where to find these products of excellence in an accessible and concentrated way in one place? The Gastronomic Routes will confer concentrated diversity, value as a value proposition, essential values and activation of the brand "Destino Portugal" (THR, 2013).

Cultural Tourism Routes, which include the Gastronomic Routes, are a resilient product, with an average annual growth of 4% in the coming years (Turismo de Portugal, 2015).

The main European markets for tourist circuits are France, Italy, Scandinavia, Germany, Russia, the United Kingdom and Spain, markets of strategic importance in product development in Portugal, outside the European continent, Brazil and the USA stand out.

Gastronomic Routes should promote the richness and quality of gastronomy as a complement to the tourist experience, stimulating the application of the "Prove Portugal" brand (Turismo de Portugal, 2013). These routes should promote the variety and richness of the national gastronomy, classified as immaterial good of the Portuguese cultural heritage, focusing on the endogenous products not certified in each region, also focusing on products certified with a quality seal: PDO, PGI and TSG products.

PDO Products - Protected Designation of Origin - identifies a product or a food with the name of the region, a specific place or, in exceptional cases of a country. Example of PDO products: Beiras Olive Oil and Serra da Estrela Lamb.

PGI products - Protected Geographical Indications - identifies an agricultural product or a foodstuff with the name of a region, a specific place or, in exceptional cases, a country. Example of PGI products: Beira's Kid and Beira Alta Apple.

Lastly, TSG products - Traditional Specialty Guaranteed - Agricultural product or foodstuff recognition of its specificity by the European Community, through its registration. Example of TSG products: Traditional Portuguese Cured Cod (Parlamento Europeu e do Conselho, 2012).

CONCLUSIONS

The appreciation of gastronomy is recognized by several socio-economic and cultural agents, in a series of studies carried out especially by Turismo de Portugal.

Increasingly, there is a need to focus more and more on the promotion of the values of intangible heritage, such as the gastronomy of a region, both residents and tourists. Due to interaction with other cultures, gastronomy must always be understood as part of the cultural experience of a country or region.

If the gastronomic richness is not supported by the competent local, regional and national authorities there are several values that will be lost in time.

Considering the importance of certified products for the gastronomic identity of a region, it is necessary to combat the extinction of several gastronomic traditions with the lack of product certification and / or the lack of support from the competent authorities.

Another line of thought would be to correlate the gastronomic tourism, the gastronomic routes with the fixation of the tourist in the Center of Portugal, namely in the Dão-Lafões region, encouraging the increase of the number of overnight stays.

REFERENCES

- APTECE. (2014). *Manual Prático de Turismo de Culinária*. CPL Meetings & Events. Obtido em 15 de abril de 2017, de <http://www.turismodeportugal.pt/Portugu%C3%AAs/AreasAtividade/desenvolvimentoenovacao1/Documents/manual-pratico-turismo-culinariaAPTECE.pdf>
- Comissão Nacional da UNESCO. (04 de dezembro de 2013). *unescoportugal.mne.pt*. Obtido em 12 de março de 2017, de [unescoportugal.mne.pt: https://www.unescoportugal.mne.pt/pt/noticias/324-dietamediterranea-na-lista-dopatrimonio-imaterial](https://www.unescoportugal.mne.pt/pt/noticias/324-dietamediterranea-na-lista-dopatrimonio-imaterial)
- Folgado-Fernández, J. A., Hernández-Mogollón, J., & Duarte, P. (23 de agosto de 2016). Destination image and loyalty development: the impact of tourists' food experiences at gastronomic events. *Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism*, 94.
- Gheorghe, G., Tudorache, P., & Nistoreanu, P. (2014). Gastronomic tourism, a new trend for contemporary tourism? *9 (1)*, pp. 12-21.
- Hall, M., & Sharples, L. (2003). *Food Tourism Around The World*. *Elsevier Journals*.

- Henriques, C., & Custódio, M. (2010). Turismo e Gastronomia: a valorização do património gastronómico na região do Algarve. *Revista Encontros Científicos - Tourism & Management Studies*, 6, pp. 6981. Obtido de http://www.scielo.mec.pt/scielophp?script=sci_isoref&pid=S1646-24082010000100008&lng=pt&tlng=pt
- IPDT. (12 de maio de 2017). *ipdt*. (I. – I. Turismo, Editor, I. –I. Turismo, Produtor, & IPDT – Instituto de Turismo). Obtido em 12 de maio de 2017, de [ipdt.pt](http://www.ipdt.pt): <http://www.ipdt.pt/?clid=0005b65d-0b12-3334-4ee6ef32e4c78bbb>
- Jong, A., & Varley, P. (2016). Food tourism policy: Deconstructing boundaries of taste and. *Tourism Management*.
- Kalkstein-Silkes, C., Cai, L., & Lehto, X. (2008). Conceptualizing festival-based culinary tourism in rural destinations. Em C. M. Hall, & L. Sharples, *Food and Wine Festivals and Events Around the World: Development, Management and Markets* (pp. 65-77). Obtido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978075068380700004X>
- Kivela, J., & Crofts, J. (2006). Tourism and gastronomy: gastronomy's influence on how tourists experience a destination. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 30, pp. 354-377.
- Mitchell, R., & Hall, C. (2003). *Consuming tourists: food tourism consumer behaviour*. Obtido em 02 de junho de 2017, de http://shora.tabriz.ir/Uploads/83/cms/user/File/657/E_Book/Tourism/Food%20Tourism.pdf#page=77
- Parlamento Europeu e do Conselho. (14 de dezembro de 2012). Regulamento (UE) N.o 1151/2012. *Atos legislativos*. Jornal Oficial da União Europeia. Obtido em 05 de abril de 2017, de <http://www.sativa.pt/Uploads/%7BCD2A65E1-A940-433E-B539-DBF3B901F9E8%7D.pdf>
- Possamai, A. M., & Peccini, R. (2015). *Turismo, História e Gastronomia*. EDUCS.
- Quan, S., & Wang, N. (2004). Towards a structural model of the tourist experience: an illustration from food experiences in tourism. *Tourism management*, 25 (3).
- Seaman, B. (2008). Greg Richards (ed): Cultural Tourism: Global and Local Perspectives. *Journal of Cultural Economics*, 4.
- Sormaz, U., Akmese, H., Gunes, E., & Sercan, A. (2016). Gastronomy in Tourism. *Procedia Economics and Finance*, 726;727.
- THR. (2013). *Plano Estratégico Nacional do Turismo: Revisão e Ojetivos 2013-2015*. Turismo de Portugal.
- travelBI. (2015). *Inquérito a turistas Abril 2015*. Turismo de Portugal. Intercampus. Obtido em 30 de maio de 2017, de http://travelbi.turismodeportugal.pt/pt-pt/Documents/An%C3%A1lise/Estudo%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Turistas/Inqu%C3%A9rito%20Turistas%20Inverno_2015.pdf
- Turismo de Portugal. (2013). *visitportugal*. Obtido de [visitportugal](http://www.visitportugal.com/pt-pt/node/73762): <https://www.visitportugal.com/pt-pt/node/73762>
- Turismo de Portugal. (2015). *Plano de Ação Turismo 2020*. Ministério da Economia, Turismo de Portugal. Turismo de Portugal.
- Turismo de Portugal. (2017). *Estratégia Turismo 2027: Liderar o Turismo do Futuro*. Turismo de Portugal.
- UNWTO. (2012). *Global Report on Food Tourism*.

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 colaboration, designadamente: Condições de submissão; Instruções de preparação dos manuscritos; Licença Creative Commons. Documentos necessários à submissão, disponíveis no site da Revista: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/about/submissions>

Article submission policy to Millenium Journal

Millenium Journal is open to the collaboration of all interested parties and continually accepts the submission of articles. Authors must submit manuscripts for publication on Millenium's website, however, they should observe the collaboration indications, namely: Conditions of submission; Instructions for preparing the manuscripts; License Creative Commons. Documents required for submission, available on the website of the journal: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/about/submissions>

Politica de sumisión de artículos a la Revista Millenium

La revista Millenium está abierta a la colaboración de todos los interesados y acepta continuamente la sumisión de artículos. Los autores deben someter los manuscritos para su publicación en el sitio web de Millenium, pero deben observar las indicaciones para colaboración, en particular: Condiciones de envío; Instrucciones de preparación de los manuscritos; Licencia Creative Commons. Los documentos necesarios para la presentación, disponibles en el sitio de la Revista: <http://revistas.rcaap.es/millenium/about/submissions>

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

Corpo de Revisores de Pré-Análise e Revisores Finais | Pre-analysis Reviewers and Final Reviewers | Cuerpo de Revisores de Pre-Análisis y Revisores Finales

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

Paula Correia

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

Madalena Cunha

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

Maria João Amante

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

José Luís Abrantes

Paula Santos

Corpo de Revisores 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)

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

Florêncio Vicente Castro – Universidade de Badajóz (ES)

Francisco Javier Castro Molina – Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ES)

Francisco Javier Iruzubieta Barragan - Universidad de La Rioja, Espanha

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 Geriátría y Gerontología de Cantabria (ES)

Michelle Knox - University of Toledo, Ohio (US)

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

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

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

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 Boletto Rosado, Universidade Técnica de Lisboa

António Gomes Ferreira, Universidade de Coimbra

António Pedro Costa, Ludomedia, ULP, ISLA, Universidade de Aveiro (PT)

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

Margarida Vieira, Universidade Católica

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 Externos ad hoc , Millenium, 2(5) | External National Reviewers ad hoc, Millenium, 2(5) | Revisores Nacionales Externos ad hoc, Millenium, 2(5)

Anabela Antunes, CHTV, Viseu, Portugal

Ândrea Marques, CHUC, Coimbra, Portugal

Elisabete Esteves, CHUC, Coimbra, Portugal

Fernando Pina, CHTV, Viseu, Portugal

José Manuel Rodrigues Gomes, ESSL-IPL, Leiria, Portugal

Maria dos Anjos Dixe, ESSL-IPL, Leiria, Portugal

Nuno Marques, INEM, Coimbra, Portugal

Ofélia Anjos, IPCB, Castelo Branco, Portugal

Paula Prata, ESEP, Porto, Portugal

Pedro Sousa, ESSL-IPL, Leiria, Portugal

Regina Pires, ESEP, Porto, Portugal

Ricardo Ferreira, CHUC, Coimbra, Portugal

Susana Margarida Rodrigues Custódio, ESSL-IPL, Leiria, Portugal

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 Delplançq

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 Verissimo 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
Cláudia Patrícia de Almeida Seabra Moreira
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 Maria Hora de Carvalho
Luísa Paula Goncalves Oliveira Valente da Cruz Lopes
Manuel António Pinto da Silva Amaral
Maria de Lurdes Costa e Sousa
Maria Madalena de Freitas Malva
Paulo Alexandre da Silveira Costeira Marques da Silva
Paulo Moisés Almeida da Costa
Paulo Rogério Perfeito Tome
Pedro Manuel Nogueira Reis

UNIDADES TÉCNICAS | TECHNICAL UNITS | UNIDADES TÉCNICAS

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

Revisores da Estatística | Statistical Reviewers | Revisores de Estadísticas

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

Revisores dos Idiomas | Languages Reviewers | Revisores de Idiomas

Português | Portuguese | Português

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 & 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 | Edição y Gestión de la Magazine Millenium en SARC / RCAAP

Ângelo Fonseca – ESEV, IPV Renato Carvalho – IPV

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

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

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

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

Revisão Final | Final Review | Revisión Final

Renato Carvalho – IPV

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

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

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

Paulo Medeiros – IPV
Joel Marques – IPV

fevereiro • february 2018
série | serie 2 • ano | year 3 • **quadrimestral** | quarterly



millenium
Journal of Education, Technologies, and Health