

59 Nº3
MAIO-JUNHO | 2016

SERVIR

**Políticas, Determinantes,
Indicadores
e Práticas de Saúde**

SERVIR - FICHA TÉCNICA

EDITOR

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde

DIREÇÃO

João Paulo Nunes

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Cristina Mancussi e Faro
Andreia Silva
Beatriz Araújo
Elma Zoboli
Fernanda Trindade Lopes
Isabel Ferraz
João Mendes
José Amendoeira
Luís Lisboa Santos
Madalena Cunha
Maria de Fátima Martins
Margarida Vieira
Olivério Ribeiro
Rosa Maria Martins
Sandra M. Queiróz
Sérgio Deodato

ISSN: 0871-2379

DEPÓSITO LEGAL Nº 28340/89

INDEXAÇÃO

PubMed, indexada pela Medline desde 1984
(NLM ID: 860174)

CONSELHO EDITORIAL

Ana Paula Neves
Elisa Garcia
José Botelho
Mercedes Olazabal
Madalena Cunha
Maria Helena Cadete
Maria de Jesus Raposo
Olivério Ribeiro

ADMINISTRAÇÃO

Ana Paula Neves
João Paulo Nunes
Vanessa Machado

SITE E EMAILS

www.aceps.pt
geral@aceps.pt | revista.servir@aceps.pt

DESIGN GRÁFICO

Cristina Lima

A Direção da Revista agradece toda a colaboração que lhe queiram enviar, reservando-se o direito de publicar ou não. Em qualquer dos casos os artigos não serão devolvidos. Os artigos publicados são da responsabilidade dos seus autores, não comprometendo a Direção da Revista.

MEMBRO DA



Associação de Imprensa
de Inspiração Cristã

ÍNDICE

EDITORIAL	5
EDITORIAL	5
POLÍTICAS, DETERMINANTES, INDICADORES E PRÁTICAS DE SAÚDE POLICIES , DETERMINING , INDICATORS AND HEALTH PRACTICES	
POLÍTICA E ECONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE	7
<i>POLICY AND ECONOMICS IN HEALTH CARE</i>	7
PROMOÇÃO DA CIDADANIA: RESULTADOS EM SAÚDE	11
<i>CITIZENSHIP PROMOTION: RESULTS IN HEALTH</i>	11
A VIGILÂNCIA DE SAÚDE E O ÍNDICE DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS EM CRIANÇAS	16
<i>THE HEALTH SURVEILLANCE AND DECAYED, MISSING AND FILLED TEETH INDEX IN CHILDREN</i>	16
HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO PRÉ-HOSPITALAR EM VÍTIMAS DE PARAGEM CARDÍACA RECUPERADA	20
<i>PREHOSPITAL THERAPEUTIC HYPOTHERMIA IN RECOVERED CARDIAC ARREST VICTIMS</i>	20
ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS	26
<i>RHEUMATOID ARTHRITIS: IMPLICATIONS ON THE FUNCTIONAL CAPACITIES OF PEOPLE</i>	26
VULNERABILIDADE AO STRESS NA PESSOA COM ESCLEROSE MULTIPLA	34
<i>VULNERABILITY TO STRESS IN THE PERSON WITH MULTIPLE SCLEROSIS</i>	34
QUALIDADE DE VIDA DOS OSTOMIZADOS: PERFIL PSICOLÓGICO	40
<i>OSTOMIZED QUALITY OF LIFE: PSYCHOLOGICAL PROFILE</i>	40
IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES	44
<i>FIBROMYALGIA IMPACT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS</i>	44
CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADESÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS	50
<i>BELIEFS ABOUT MEDICINES AND ADHERENCE TO TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS</i>	50
PERSONALIDADE E REGRESSO AO TRABALHO DA PESSOA APÓS CARDIOPATIA ISQUÊMICA	56
<i>PERSONALITY AND RETURN TO WORK OF THE PATIENT AFTER ISCHEMIC HEART DISEASE</i>	56
SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO INTERIOR	62
<i>CLIENT SATISFACTION IN A PRIMARY HEALTH CARE CENTRE IN THE INTERIOR REGION</i>	62
DETERMINANTES DA PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE À ADESÃO DOS UTENTES AOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO	68
<i>DETERMINANTS OF THE PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS REGARDING PATIENT ADHESION TO REHABILITATION PROGRAMS</i>	68

ÍNDICE DE AUTORES

Ana Andrade, 44, 50, 56, 62

Ana Batista, 68

Ana Geraldo, 34

Ana Prata, 7

Andreia Henriques, 44

Andreia Silva da Costa, 11

António Dias, 34, 40, 50, 56

António Oliveira, 62

Carlos Albuquerque, 34, 40, 44, 50, 56, 62, 68

Elisabete Figueiredo, 26

Estudantes 19º CLE, ESSV, IPV, 40

Estudantes 25º CLE, ESSV, IPV, 16

Gisele Câmara, 11

Helena Moreira, 44

Isabel Bica, 16, 34, 56, 68

Javier Montero, 16

Joana Duarte, 11

José Costa, 16

Lúcia Oliveira, 16

Madalena Cunha, 20, 40, 44, 50, 56, 62

Mónica Alves, 20

Nuno Marques, 20

Olivério Ribeiro, 34, 40, 44, 50, 56, 68

Paulo Nogueira, 11

Rosa Martins, 26, 34, 44, 68

EDITORIAL

A renovada iniciativa de promover a Enfermagem, enquanto ciência e profissão e assumir nesse processo uma postura humanista, alicerçada em valores éticos fundamentais e constitucionais, compromete a **Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS)**, enquanto uma das mais antigas associações profissionais de enfermagem, em Portugal.

O retomar de uma opção editorial da ACEPS, é um imperativo, na medida em que a Revista Servir é detentora de créditos, herdeira de eloquentes competências e, retrato do melhor que foi existindo na Enfermagem Portuguesa ao longo de sessenta e quatro anos.

O núcleo das intenções que a presente publicação sustenta é: *Enfermagem: Conhecimento; Acção; Transformação*. Visamos contribuir para o Conhecimento, através da disseminação do saber, que suporta a Acção baseada na evidência mas, também, e de uma forma prioritária, a qualificação e aprofundamento do diálogo social e interdisciplinar. Assim começa a *Transformação*. É imperativo contribuir para a divulgação social de um profissão “discreta”, pouco afirmativa no que respeita à fundamentação do valor intrínseco dos seus atos. Importa inaugurar uma nova etapa de tensão laboral, não exclusivamente de cariz sindical, mas sustentada pelo diálogo da racionalização custo/benefício.

O nível académico e científico da formação e do exercício profissional, estão num profundo desequilíbrio relativo, quando os comparamos com a imagem social da profissão. E, a imagem da profissão é, muitas vezes, um sério entrave a um mais substancial contributo da ciência da Enfermagem, para a transformação estrutural, que todos sabemos necessária.

Orientamos, pois, toda a nossa energia produtiva para uma dialética, ação-reflexão-ação, que é o motor e fundamento de qualquer mudança em qualidade.

Dois grandes propósitos, que nos comprometem: Primeiro - A Academia e a Clínica não estarão dissociadas. Sabemos que nenhuma profissão se desenvolve, sem uma sólida base teórica e sem um destemido investimento no estudo da sua Epistemologia. Mas é igualmente verdade que a Clínica nos fornece a visão de uma realidade que a Teoria não consegue antever e, a possibilidade de a transformar.

Nesta integração, conseguiremos uma diversidade homogénea, em que todos os enfermeiros se sintam representados.

Segundo - Chegou o tempo e a ocasião de afirmar de forma destemida e autêntica, que a Enfermagem é uma Ciência do Viver. Durante muito tempo associou-se a Enfermagem às Ciências da Vida. A Vida é uma característica transversal a todos os Seres. O Viver é a idiosincrasia que caracteriza cada Pessoa. A esta Pessoa nos dirigimos e, por ela, existimos.

João Paulo Batalim Nunes

EDITORIAL

The renewed initiative to promote nursing as a science and a profession, and assuming in this process a humanistic approach, based upon essential and ethical constitutional values, compromises **Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS)** while one of the oldest nursing professionals association in Portugal.

The return of a publishing option from ACEPS, is an imperative, to the extent that Servir Journal holds credits, heir eloquent skills and is a portrait of the best that has existed in the Portuguese Nursing within sixty-four years.

The core of the intentions supported by this publication is *Nursing: Knowledge; Action; Transformation*. We aim to contribute to Knowledge, not only by its disseminating that supports the Action based on evidence, but also, and as a priority, improving and deepening the social and interdisciplinary dialogue. Thus begins the *Transformation* process. It is imperative to contribute to the social disclosure of a “discreet” profession, unassertive in what concerns the basis of the intrinsic value of its actions. It is important to introduce a new stage of labour tension, not only of trade-union nature but supported by the dialogue of cost / effectiveness streamlining.

The educational and scientific level of the vocational training and the professional practice are in a deep relative unbalance when compared with the social image of the profession. And the image of the profession is often a serious challenge to a more substantial contribution of the Nursing science to one structural transformation which, we all know is urgently required.

We, therefore, direct all our productive energy to adialectic, action-reflection-action path which is the engine and the foundation of any change in quality.

There are two great purposes, to which we are committed to: First- The Academy and the Clinic will not be disassociated. We know that no profession is developed without a solid theoretical basis and without an undaunted investment in the study of its Epistemology. But it is equally true that the clinic allows us to have a vision of the reality that Theory cannot predict and to have the ability to change it. In this integration, we will get a homogeneous diversity, where all the nurses feel themselves represented.

Second - The time and the opportunity have come to affirm fearlessly that Nursing is a Science of Living. For a long time Nursing was associated with Life Sciences. Life is a cross-cutting feature of all Beings. Living states the idiosyncrasy that characterizes every Person. We direct ourselves to this Person and we do exist, moved by It.

João Paulo Batalim Nunes

POLÍTICAS, DETERMINANTES, INDICADORES E PRÁTICAS DE SAÚDE
POLICIES , DETERMINING , INDICATORS AND HEALTH PRACTICES

POLÍTICA E ECONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE
POLICY AND ECONOMICS IN HEALTH CARE

Ana Prata

Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO**INTRODUÇÃO**

O Estado tem um papel relevante na garantia do direito à saúde, proporcionando cuidados de saúde sustentáveis e de qualidade, e garantindo a universalidade e a equidade de acesso, valores que podem estar em causa devido à escassez de recursos.

DESENVOLVIMENTO

As despesas em saúde têm-se agravado ao longo dos anos, pelo que se tornou necessário tomar medidas no sentido da contenção dos custos e do estabelecimento de prioridades. A grave crise económica que se tem vivido em Portugal impôs que essas medidas fossem executadas num curto espaço de tempo.

CONCLUSÕES

A implementação de medidas de controlo de custos, contribuiu de forma favorável para uma mais eficiente gestão dos recursos disponíveis, e teve como consequência um mais difícil acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE

Política; Saúde; Cuidados de saúde

ABSTRACT**INTRODUCTION**

The government has an important role in ensuring the right to health by providing sustainable and quality health care, and ensuring the universality and equity of access, values that may be in question due to lack of resources.

DEVELOPMENT

The health spending worsened over the years, so it became necessary to take steps towards cost containment and establishment of priorities. In Portugal the severe economic crisis imposed that these measures were implemented in a short time.

CONCLUSIONS

Its implementation contributed favourably to a more efficient management of available resources, and resulted in a more difficult access to health care and medicines.

KEYWORDS

Policy; Health; Health care

POLÍTICA E ECONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

POLÍTICA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Pode definir-se política como as resoluções de carácter geral que tornam públicas as intenções de atuação do governo, e política de saúde como uma deliberação estabelecida pelas instituições governamentais no sentido de definir prioridades e estratégias de ação para responder às necessidades em saúde. A Organização Mundial de Saúde define política de saúde como “as decisões, planos e ações que são empreendidas para atingir metas específicas em saúde numa sociedade”¹.

Uma política de saúde específica, ao expor a sua visão para o futuro, ajuda no estabelecimento de metas e pontos de referência a curto e médio prazo, e na determinação das prioridades e dos papéis esperados nos diferentes grupos, auxiliando a construir consensos e informando as pessoas.

No sentido de melhorar e manter o estado de saúde dos indivíduos, as políticas de saúde têm como objetivo a eficiência macroeconómica, para que as despesas em saúde representem uma fração adequada do PIB, concorrendo para a sustentabilidade do sistema, e a eficiência microeconómica, apresentando decisões que ponderam a combinação que maximiza ao mesmo tempo os resultados dos cuidados e a satisfação dos consumidores, contribuindo para a equidade de acesso a cuidados de saúde e para a qualidade dos serviços prestados. Para isso, no processo de tomada de decisão são considerados como elementos chave a investigação, a avaliação e a análise estrutural.

A política de saúde está, ainda, sujeita a múltiplos determinantes, podendo configurar-se como uma atividade de proteção social, que se encontra na relação entre Estado, sociedade e mercado². O Estado, define normas e obrigações, recolhe recursos e aloca-os em programas de ação, cria estímulos para produção de bens e serviços, define leis, desenvolve tecnologia e forma recursos humanos. A sociedade, age e preserva valores em relação ao corpo e bem-estar e financia com impostos e contribuições o Estado. E o mercado, gere e oferece meios para a produção de bens e serviços e participa na formação dos recursos humanos³. O Estado tem um papel relevante na garantia dos direitos dos cidadãos, devendo garantir o direito à saúde através da universalização do acesso a cuidados de saúde, como previsto na Constituição da República Portuguesa.

POLÍTICAS, ECONOMIA E CUIDADOS DE SAÚDE

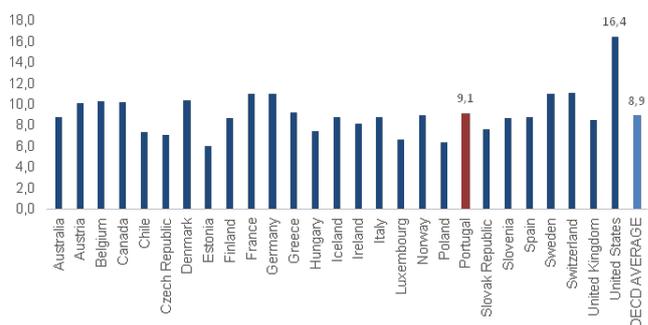
A relação entre saúde e economia é muitas vezes tensa, principalmente nas situações de crise económica em que se torna necessária a contenção de gastos e o estabelecimento de prioridades^{2,5,6}. As diferentes abordagens dos profissionais envolvidos nestas áreas geram conflitos quando se discute a forma como devem ser empregues os recursos. Os profissionais de saúde, com uma ética profissional centrada no indivíduo, justificam a utilização de todos os recursos disponíveis para

salvar uma vida, os economistas, com uma ética centrada no bem comum, defendem que a utilização dos recursos deve ser feita de forma racional, pois o bem maior é o social, e o objetivo é melhorar a sociedade.

A economia da saúde surgiu da necessidade da existência de uma área de conhecimento específica, que por um lado conseguisse gerir os conflitos entre as diferentes abordagens profissionais e por outro otimizasse as ações em saúde, desenvolvendo e aplicando à área da saúde os instrumentos de avaliação económica, contribuindo para a formulação e implementação de políticas de saúde que promovessem um uso mais eficiente dos recursos e a equidade na distribuição dos benefícios, principalmente em situações de escassez de recursos⁴.

A saúde, apesar de se inserir numa área social, é uma área produtiva, contribuindo para o desenvolvimento económico e a criação de emprego. Mobiliza muitos recursos financeiros, integra um grande e complexo sistema de produção de bens e serviços que representam uma parte significativa da economia de um país, e tem um forte impacto no incremento da produtividade e da competitividade, pois, como referem Fleury e Ouverney², ao impedir a mortalidade precoce, ao formar profissionais e ao contribuir para o desenvolvimento tecnológico promove a melhoria das condições sanitárias, o aumento do conhecimento e a educação. Contudo, devido ao grande interesse económico, está sujeita a pressões dos grupos empresariais que atuam nesta área. De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)⁶, a produção, por entidades privadas, de bens e serviços muito relevantes para o setor público, aumenta a pressão para a expansão da oferta “para além do razoavelmente necessário e suportável” e tem “contribuído para que alguns destes fornecedores se manifestem de forma pouco própria” (p. 52). O elevado preço político e a falta de direção estratégica tornam o Estado menos resistente aos interesses instalados, elevando o risco político⁶. As relações de poder que se estabelecem podem, assim, afetar a tomada de decisão.

No que se refere ao financiamento, as despesas em saúde têm um impacto significativo na riqueza de um país representando uma percentagem significativa do seu produto interno bruto (PIB). Como se pode observar no gráfico 1, a média entre os países da OCDE, em 2013, é de 8,9% do PIB, sendo em Portugal de 9,1% e nos Estados Unidos da América de 16,4%.



Fonte: OECD Health Data 2015¹¹

Gráfico 1: Despesa em saúde em % do PIB (2013)

As despesas de saúde têm-se agravado ao longo dos anos devido ao aumento da esperança média de vida, à modificação da estrutura de morbi-mortalidade, ao incremento das novas tecnologias, a uma cada vez maior especialização dos recursos humanos, e ao crescente aumento das expectativas³.

O crescente aumento destas despesas que, por exemplo, em Portugal, em 2009, representavam 9,9% do PIB, levaram a que já desde 1980, em toda a Europa, se encetasse um esforço de contenção de custos^{3,5,6}. Para a sua concretização, foram estabelecidas políticas que tiveram como objetivo promover mudanças nos sistemas de saúde. Serviram como orientação para a definição destas políticas os relatórios, produzidos pela União Europeia, pela OMS, pelo Banco Mundial e pela OCDE, que apontavam para a necessidade dos sistemas de saúde serem sustentáveis, eficientes, garantissem a equidade de acesso e prestassem cuidados de saúde de qualidade³.

Apesar do incentivo à contenção de custos e à necessidade de se estabelecerem prioridades na área da saúde, é consensual, na região europeia da OMS, que os cuidados de saúde devem ser universais, financiados de acordo com a capacidade de pagar e acedidos de acordo com a necessidade^{6,7}.

Nos países com serviço nacional de saúde, incluindo Portugal, a estratégia de mudança passou pela empresarialização da gestão das unidades hospitalares, a adoção de mecanismos de mercado e a privatização de parte dos cuidados de saúde. Concretizando-se, do lado da oferta, por um limite ao investimento, à admissão de pessoal, ao controlo dos salários e ao aumento da eficiência, através do incremento da oferta de cuidados em regime ambulatorio e da generalização dos protocolos clínicos. Do lado da procura, foram desenvolvidos mecanismos de partilha de custos, especialmente no que respeita aos medicamentos de última geração, em que os modelos de partilha do risco são cada vez mais utilizados para definir a forma de financiamento do medicamento, e estabelecimento de prioridades no acesso aos cuidados de saúde, privilegiando-se as estratégias de prevenção da saúde e a promoção dos cuidados de saúde primários.

Este esforço de contenção de custos, teve impacto na saúde e nos cuidados de saúde?

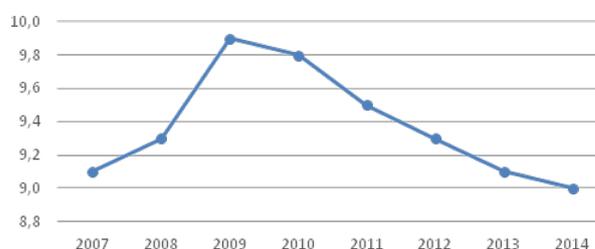
Nos últimos anos instalou-se, em Portugal uma acentuada crise económica. A falência do Estado, levou à necessidade de apoio financeiro por parte da União Europeia, do Banco Central Europeu e do Fundo Monetário Internacional, e à subscrição do Memorando de Entendimento da TROIKA⁶. A crise conduziu ao aumento do desemprego e da carga fiscal, ao agravamento dos preços de serviços essenciais, à diminuição das remunerações dos funcionários públicos e dos pensionistas, e ao endividamento e empobrecimento generalizado das famílias. Estas alterações que as crises socioeconómicas impõem na sociedade têm um efeito negativo na saúde dos indivíduos^{6,8}, diminuindo a autoestima, aumentando os casos de depressão e o número de suicídios, aumentando os comportamentos de risco e das doenças transmissíveis^{6,9}, e agravando as doenças crónicas⁶.

Podem, também, levar ao abandono das medidas preventivas e dos procedimentos terapêuticos sem impacto imediato e à dificuldade de acesso aos cuidados de saúde e às tecnologias de saúde. Em Portugal, como referido no relatório de Primavera de 2012 “*não dispomos de um sistema de monitorização dos efeitos da crise na saúde*” (p. 36), pelo que se torna difícil conhecermos os seus efeitos, mas alguns dados apontam para o aumento do número de suicídios, a diminuição da produção e o aumento dos comportamentos de risco⁶.

No que reporta aos cuidados de saúde, o memorando de entendimento com a TROIKA, incluía medidas centradas, essencialmente, na contenção dos gastos e numa mais eficiente utilização dos recursos.

De acordo com Silva³, as mudanças no serviço nacional de saúde, mantendo-se a universalidade e o financiamento através de um seguro público e obrigatório, concretizaram-se através da contratualização, numa tentativa para separar as funções de financiador e prestador; do incentivo à competitividade entre os prestadores públicos e os públicos e privados, através da criação de um mercado interno regulado pelo Estado; da valorização dos cuidados de saúde privados ou concessionados, numa tentativa de diminuir o papel do Estado enquanto prestador; e da contenção de custos, com a diminuição da comparticipação dos medicamentos e o incentivo ao consumo de genéricos, ao aumento das taxas moderadoras e à racionalização na utilização dos meios complementares de diagnóstico.

A implementação destas medidas teve um forte impacto no controlo das despesas em saúde. Como se pode observar no gráfico 2, desde o início da crise económica, o peso das despesas em saúde em % do PIB tem vindo a diminuir, mostrando o grande esforço na redução da despesa e na eficácia das medidas implementadas.



Fonte: PORDATA, 2016¹²

Gráfico 2: Evolução da despesa em saúde em % do PIB

No Relatório de Primavera de 2015¹⁰ é expresso que existem vários indícios de que o empobrecimento, o aumento das taxas moderadoras, a dificuldade de transporte, estão a limitar o acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos (apesar da diminuição dos preços). Outras condicionantes do acesso são a incapacidade de resposta dos serviços e a desigual distribuição de profissionais de saúde no país¹⁰.

Relativamente aos profissionais de saúde, no mesmo relatório¹⁰

POLÍTICA E ECONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

é referido que continua a existir um rácio de médicos por habitante apropriado, embora com má distribuição geográfica, e quanto aos enfermeiros, segundo dados da OCDE de 2014, se verifica um rácio de 5,8 enfermeiros por mil habitantes, valor que se situa abaixo da média da UE28, que é de oito enfermeiros por mil habitantes, e que tem vindo a decrescer, principalmente, no SNS. O rácio enfermeiro/médico em Portugal é, ainda, um dos mais desequilibrado dos países UE28 (1,4 em comparação com 2,3, respetivamente)¹⁰.

O limite à admissão de pessoal e o controlo dos salários levou à emigração e a uma insatisfação generalizada dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, que percecionam negativamente as condições de trabalho, decorrente do número reduzido de profissionais, do aumento das horas de trabalho e da limitada retribuição salarial.

CONCLUSÃO

As políticas de saúde devem ter em consideração a universalidade e a equidade no acesso, a sustentabilidade do sistema e a qualidade dos cuidados na melhoria e manutenção do estado de saúde da população.

Num ambiente de escassez de recursos, os decisores políticos enfrentam cada vez mais desafios para decidir como serão estabelecidas as prioridades e afetados os recursos à saúde.

A crise económica que afeta Portugal desde 2009, levou a uma alteração da condição de saúde dos portugueses, induzida pelo aumento do desemprego e empobrecimento e endividamento das famílias.

Na saúde, a necessidade de contenção de custos e de estabelecimento de prioridades, levou à implementação de medidas que contribuíram de forma favorável para uma mais eficiente gestão dos recursos disponíveis, especialmente no que respeita à política do medicamento. Por outro lado, contribuíram para um mais difícil acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos, pondo em risco a universalidade do sistema de saúde.

De acordo com o OPSS⁶ faltam formas de monitorização do impacto dos efeitos da crise na saúde e falta “*uma verdadeira política de saúde que enquadre as medidas de racionalização e de contenção de gastos e que minimize os efeitos negativos*” (p. 186). Considera, também, urgente uma política para as profissões de saúde, que defina qual a necessidade e qualificação dos profissionais de saúde, no sentido de asseverar um número suficiente de profissionais com competências adequadas para prestar cuidados a todos que deles necessitem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹World Health Organization (2016). *Health policy*. Retirado de http://www.who.int/topics/health_policy/en/

²Fleury, S., & Ouverney, A. M. (2008). *Política de Saúde: uma política social*. In: L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp.23-64). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

³Silva, M. V. (2012). *Políticas públicas de saúde: tendências recentes*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121-128. doi: 10.7458/SPP201269790

⁴Nero, C. Del (2002). *O que é Economia da saúde*. In: S. F. Piola, & S. M. Vianna, *Economia da Saúde Conceito e contribuições para a Gestão de Saúde* (pp. 5-23). Brasília: IPEA.

⁵Pinho, M. M., & Veiga, P. (2010). *Racionamento dos Cuidados de Saúde e a participação da sociedade: revisão do debate*. *Rev. Port. Saúde Pública*, 28 (2), 119-126.

⁶Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013). *Crise & Saúde – Um País em Sofrimento*. Relatório de Primavera 2012. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda.

⁷WHO European Ministerial Conference on Health Systems (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Retirado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf?ua=1

⁸Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2011). *Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data*. *The Lancet*, 378 (9786), 124 – 125. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61079-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61079-9)

⁹Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Williams, G., Mladovsky, P., King, L., Pharris, A., ... Stuckler, D. (2015). *How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review*. *The European Journal of Public Health*, 25 (6), 937–944. doi: <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv151>

¹⁰Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Relatório de Primavera 2015. Retirado de <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>

¹¹OECD Health Statistics (2015). *Current expenditure on health, % of gross domestic product* [Base de dados]. Retirado de http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

¹²PORDATA (2016). *Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB em Portugal* [Base de dados]. Retirado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+em+perce>

PROMOÇÃO DA CIDADANIA: RESULTADOS EM SAÚDE
CITIZENSHIP PROMOTION: RESULTS IN HEALTH

Andreia Silva da Costa¹
Joana Duarte
Gisele Câmara
Paulo Nogueira¹

¹Direção-Geral da Saúde

RESUMO**INTRODUÇÃO**

Em Portugal, as doenças crónicas não transmissíveis, designadamente, as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes, constituem um dos maiores desafios para a saúde, representando a maior carga global das doenças, as principais causas de morte da população em geral e a principal causa de morte da população entre os 30 e os 69 anos.

DESENVOLVIMENTO

As projeções da probabilidade de morrer pelas doenças não transmissíveis citadas, antes dos 70 anos, em Portugal até 2025, apontam para a possibilidade de um decréscimo. No entanto, para que se cumpra a meta da redução de 25% da mortalidade prematura até 2025, de acordo com o compromisso assumido na Assembleia Geral da Saúde em 2013, são necessárias medidas adicionais.

CONCLUSÕES

A promoção da cidadania em saúde, conforme propõe o Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020, é um caminho a seguir, e também um desígnio do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados que pode trazer contributos importantes para alcançar as metas de saúde assumidas por Portugal.

PALAVRAS-CHAVE

Doenças crónicas; Literacia em saúde; Cidadania

ABSTRACT**INTRODUCTION**

Noncommunicable diseases in Portugal are one of the greatest health challenge. Cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes represent the largest global burden of disease, the leading cause of death of the general population and the leading cause of death of the population between 30 and 69 years.

DEVELOPMENT

The projections of the probability of dying from these diseases before the age of 70 in Portugal by 2025 point to the possibility of a decrease. However, additional measures are needed in order to achieve the target of 25% reduction of premature mortality by 2025, according to the commitment signed in the General Health Assembly in 2013.

CONCLUSIONS

As proposed by the National Health Plan: review and extension to 2020, promotion of citizenship in health is a strategic axel. The National Program of Health Education, Literacy and Self-care can contribute significantly to achieve the health targets in Portugal.

KEYWORDS

Noncommunicable diseases; Health literacy; Citizenship

PROMOÇÃO DA CIDADANIA: RESULTADOS EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas não transmissíveis (Noncommunicable Diseases - NCD), principalmente as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes, constituem um dos maiores desafios para a saúde e o desenvolvimento no século XXI, tanto pelo seu impacto na qualidade de vida das pessoas, como pelo seu impacto no tecido socioeconómico dos países¹.

O desenvolvimento social e económico e os progressos na área da saúde contribuíram substancialmente para a redução da mortalidade e morbilidade por doenças transmissíveis e também da mortalidade por doenças não transmissíveis, com conseqüente aumento da esperança média de vida e da prevalência das NCD². Esta realidade impõe uma sobrecarga acentuada à capacidade de resposta dos Sistemas de Saúde¹.

Em 2012, as NCD foram responsáveis por 67,9% de todas as mortes no mundo. Das cerca de 38 milhões de mortes por NCD, 82% são atribuíveis a 4 grupos de doenças: as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes, que são responsáveis por 42% de todas as mortes antes dos 70 anos¹.

Estima-se que em Portugal, neste mesmo ano, 86% de todas as mortes tenham ocorrido devido a NCD. Destas, 32% foram atribuídas às doenças do aparelho circulatório, 28% aos tumores malignos, 6% às doenças crónicas do aparelho respiratório e 5% à diabetes^{1,3}. Quando consideramos a mortalidade prematura entre os 30 e os 69 anos em Portugal, os tumores e as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e doenças isquémicas do coração, ocupam igualmente as duas primeiras posições⁴.

Em 2010, a carga global das doenças, expressa em anos de vida ajustados pelas incapacidades (Disability Adjusted Life Years), atribuível às doenças crónicas não transmissíveis em Portugal era de 85%, sendo 17,5% referente às doenças do aparelho circulatório, 16,9% aos tumores malignos, 7,4% à diabetes e outras doenças endócrinas, doenças do sangue e do aparelho urogenital e 6,1% às doenças respiratórias crónicas⁴.

A prevenção, a deteção precoce e a gestão adequada das NCD são fundamentais para a redução da mortalidade prematura e o aumento da qualidade dos anos de vida que se tem vindo a ganhar⁵.

Reconhecendo o enorme desafio que as NCD representam para o desenvolvimento e o seu impacto nas realidades sociais e económicas dos países, os Estados Membros das Nações Unidas adotaram, em 2011, a Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e o Controlo

das Doenças Crónicas. Com esta resolução, assumiram o compromisso de reforçar, até 2013, políticas e planos nacionais multisectoriais para a prevenção e o controlo das doenças crónicas não transmissíveis, e considerar o desenvolvimento de metas e indicadores com base nas realidades nacionais⁶.

No seguimento deste compromisso, foi aprovado, em 2013, o Plano de Ação Global da Organização Mundial de Saúde para a Prevenção e o Controlo das Doenças Crónicas não Transmissíveis 2013-2020, que estabeleceu as linhas orientadoras para o cumprimento das 9 metas globais voluntárias de saúde a serem alcançadas até 2025. Entre estas metas, propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotadas pelos Estados Membros nesta mesma ocasião, está a redução relativa de 25% na mortalidade prematura global por doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes^{7,8}.

Em Portugal, foi publicada em 2015, a revisão e extensão a 2020 do Plano Nacional de Saúde (PNS) que, em linha com este e outros compromissos internacionais assumidos, propôs como uma das quatro metas a serem alcançadas até 2020, a redução da mortalidade prematura, até aos 69 anos, para um valor inferior a 20%⁹.

Para o alcance desta e das outras três metas de saúde para Portugal, o PNS considera quatro Eixos Estratégicos para os quais se propõe um conjunto de recomendações estratégicas: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; Políticas Saudáveis. Os quatro Eixos Estratégicos do PNS são perspetivas do âmbito, responsabilidade e competência de cada agente do Sistema de Saúde (cidadão, profissional de saúde, gestor e administrador, organismos públicos e privados, administração direta e indireta do Estado, instituições com ou sem fins lucrativos) cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência⁹.

Desde 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define literacia em saúde como as capacidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso a, entender e usar informações de uma forma que promova e mantenha uma boa saúde¹⁰.

A literacia em saúde implica o alcance de um nível de conhecimentos, capacidades pessoais e confiança para agir no sentido de melhorar a saúde individual e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e condições de vida. Assim, a literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler folhetos e estabelecer compromissos. Ao melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde e à sua capacidade de usá-las de forma eficaz, a literacia em saúde é fundamental para o *empowerment*¹⁰.

PROMOÇÃO DA CIDADANIA: RESULTADOS EM SAÚDE

O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (PNESLA), divulgado em 2016, centra-se na promoção da cidadania em saúde, como um esforço de capacitação das pessoas em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade¹¹.

Neste contexto, importa analisar em que medida é plausível o cumprimento da meta de redução de 25% da mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças respiratórias crónicas e diabetes até 2025 e os possíveis contributos da promoção da Cidadania em Saúde no cumprimento desta meta.

OBJETIVOS

- Analisar as tendências da mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças respiratórias crónicas e diabetes, antevendo em que medida é plausível o cumprimento da meta de redução de 25% da mortalidade prematura por estas doenças até 2025 na realidade Portuguesa.
- Analisar os possíveis contributos da promoção da Cidadania em Saúde no cumprimento desta meta, de acordo com o quadro proposto pelo PNESLA.

MATERIAL E MÉTODOS

Para efeito de análise das tendências da mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças respiratórias crónicas e diabetes *mellitus*, foram utilizados os dados referentes aos óbitos ocorridos em Portugal e estimativas da população média anual residente para os anos em estudo, por grupo etário quinquenal, obtidos na European Detailed Mortality Database (WHO Europe/DMDDB) e Portal do INE. Os Códigos da Classificação Internacional de Doenças utilizados referem-se à 9.^a e 10.^a versão, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Códigos CID-9 e CID-10 associados às NCD

CAUSAS DE MORTE	CID-9	CID-10
Doenças do aparelho circulatório	390-459	I00-I99
Tumores malignos	140-208	C00-C97
Doenças respiratórias crónicas	470-478, 490-519	J30-J98
Diabetes mellitus	250	E10-E14

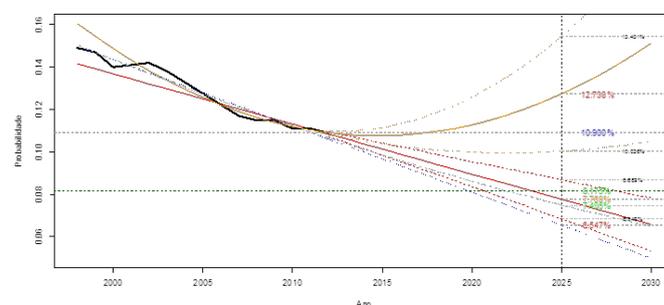
Para o cálculo de projeções para o futuro próximo (2025) recorreu-se a modelos de regressão linear e de regressão exponencial, com e sem ponderações, e respetivos intervalos de confiança e as ponderações inversas à distância no tempo dos dados, tendo sido o peso otimizado para ter a menor distância possível entre as projeções e os dois pontos de dados mais recentes. Os resultados futuros são apresentados por projeções lineares e quadráticas ($Y=a+bX$ e $Y=a+bX+cX^2$, no modelo

linear, e $Y=e^{a+bX}$ e $Y=e^{a+bX+cX^2}$, no modelo de regressão exponencial).

RESULTADOS

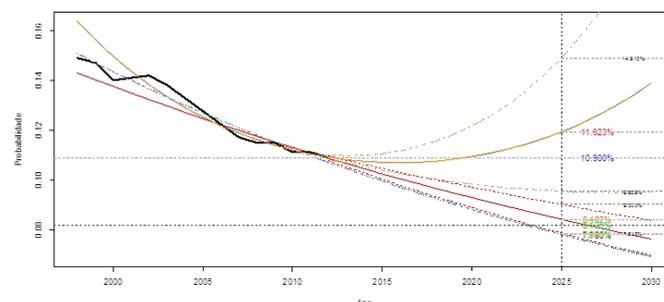
Os Gráficos 1 e 2 apresentam as projeções da probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças respiratórias crónicas e diabetes, em Portugal.

Gráfico 1. Probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças respiratórias crónicas e diabetes, até 2030, em Portugal - Regressão Linear



Linha preta: evolução temporal,
 Linha verde: Metas PNS 2020,
 Linha azul: regressão linear,
 Linha azul claro: regressão quadrática,
 Linha vermelha: regressão linear ponderada,
 Linha laranja: regressão quadrática ponderada,
 Linhas tracejadas (vermelho e laranja): intervalos de 95% de confiança para as respetivas projeções;
 Linhas tracejadas cinza: indicadoras do valor mais recente e das projeções médias para 2025.
 Ano de referência: 2012
 Dados omissos: 2004 a 2006 e 2013

Gráfico 2: Probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças respiratórias crónicas e diabetes, até 2030, em Portugal - Regressão Exponencial



Linha preta: evolução temporal
 Linha verde: Metas PNS 2020
 Linha azul: regressão linear
 Linha azul claro: regressão quadrática
 Linha vermelha: regressão linear ponderada
 Linha laranja: regressão quadrática ponderada
 Linhas tracejadas (vermelho e laranja): intervalos de 95% de confiança

PROMOÇÃO DA CIDADANIA: RESULTADOS EM SAÚDE

para as respetivas projeções;

Linhas tracejadas cinza: indicadoras do valor mais recente e das projeções médias para 2025.

Ano de referência: 2012

Dados omissos: 2004 a 2006 e 2013

Os gráficos revelam as projeções da probabilidade de morrer entre os 30 e 69 anos de idade pelas doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças respiratórias crónicas e diabetes em termos de regressão linear (Gráfico 1) e de regressão exponencial (Gráfico 2). Em relação à mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório (resultados e gráficos individuais não apresentados), as projeções lineares com base na tendência mais recente demonstram a possibilidade de redução de mais de 25% da morte prematura deste grupo de doenças, não sendo, no entanto, de excluir a possibilidade de, para 2025, os resultados para este grupo de doenças ficarem próximo da redução de 25% (um pouco acima das projeções lineares), uma vez que o histórico mostra alguma tendência de abrandamento do decréscimo. Relativamente aos tumores malignos (resultados e gráficos individuais não apresentados), os dados analisados sugerem alguns obstáculos na redução de 25% até 2025, sendo que as tendências apontam inclusivamente para uma probabilidade semelhante à atual. Em relação às doenças respiratórias crónicas (resultados e gráficos individuais não apresentados), os dados disponíveis do cálculo da probabilidade incondicional de morrer são escassos e os resultados das respetivas projeções devem ser considerados com alguma reserva (o que também se reflete na análise conjunta Gráficos 1 e 2). No entanto, parece ser plausível a redução de 25% da mortalidade por doenças respiratórias crónicas até 2025. No que se refere à diabetes, os dados disponíveis sugerem um cenário favorável através da redução da mortalidade prematura em aproximadamente 25% até 2025. No entanto, não se desconsidera a possibilidade de que os resultados venham a ficar próximo da redução de 25% ou mesmo um pouco aquém, uma vez que parece existir a possibilidade da não redução do nível atual da mortalidade prematura por esta causa.

No conjunto das Doenças Crónicas não transmissíveis consideradas, e no contexto da redução de 25% até 2025 nas idades entre os 30 e os 69 anos, conforme o compromisso assumido por Portugal, as projeções (Gráficos 1 e 2) apontam ser algo plausível o alcance de tal objetivo quando consideradas as projeções lineares (que prefiguram de momento como mais prováveis de acontecer). O modelo de regressão linear aponta que haverá uma probabilidade superior a 50% de alcance da meta. Por sua vez o modelo de regressão exponencial aponta que haverá uma probabilidade inferior a 50% de alcançar essa mesma meta.

DISCUSSÃO

A análise dos dados disponíveis permitiu verificar que a redução de 25% até 2025 da mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças respiratórias crónicas e diabetes é um cenário possível para Portugal. Sendo, no entanto, importante salvaguardar que os dados relativos à probabilidade incondicional de morrer por doenças respiratórias crónicas são escassos e que há discrepâncias substanciais entre as projeções pelos modelos linear e exponencial.

Os dados referentes aos internamentos decorridos pelas doenças em questão parecem corroborar o investimento consistente em abordagens de prevenção da doença e das complicações associadas, com possíveis implicações na redução da mortalidade prematura, uma vez que revelaram um decréscimo nos últimos anos¹². Os internamentos evitáveis são frequentemente utilizados como indicadores da qualidade dos cuidados, bem como do desempenho do sistema de saúde de cada país e ainda internacionalmente. Os internamentos hospitalares por doenças crónicas não-transmissíveis como as doenças do aparelho circulatório, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes são considerados potencialmente evitáveis, se geridos de forma adequada através de medidas dirigidas no âmbito do controlo da doença e prevenção de complicações.

Assim, parecem existir outros sinais concretos de que cumprir o objetivo voluntário de redução de 25% da mortalidade prematura por NCD está ao alcance de Portugal. Porém, esta será uma meta difícil de alcançar sem um esforço adicional focado na prevenção e controlo destas doenças.

Segundo a Carta de Ottawa, as pessoas não podem alcançar o seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar aquilo que determina a sua saúde¹³.

A literacia em saúde tem um papel central no que se refere à prevenção e a gestão das doenças crónicas¹⁴ e, consequentemente, da probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por estas causas.

No âmbito do seu eixo estratégico Cidadania em Saúde, como forma de alcançar as metas de saúde até 2020, entre elas a redução da mortalidade prematura, o PNS propõe algumas recomendações estratégicas, nomeadamente: a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos; e a promoção da literacia em saúde nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco. Ações neste sentido poderão constituir um importante contributo para a redução da mortalidade prematura⁹.

Outras recomendações importantes a destacar são: a promoção da participação ativa das organizações representativas dos interesses dos cidadãos; o desenvolvimento de competências

PROMOÇÃO DA CIDADANIA: RESULTADOS EM SAÚDE

nos profissionais de saúde que permitam desenvolver ações de cidadania em saúde; bem como o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença⁹.

Segundo a Declaração de Alma-Ata, a Cidadania em Saúde é o direito e o dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde¹⁵.

Em linha com o PNS, o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, lançado em 2016, pretende reforçar o papel do cidadão no Sistema de Saúde Português e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada, veículos privilegiados desse reforço. Para o biénio 2016-2017, o Programa conta com 6 projetos: Rede Inteligente para Promoção da Literacia em Saúde; Vida Ativa, Jovem Móvel; Envelhecimento, Autocuidados e Cuidadores; Qualificação e Promoção da Literacia em Saúde nos Espaços de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde; Navegabilidade no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Saúde¹¹. Entende-se que este pode representar um importante contributo para o alcance das metas propostas no PNS e para o cumprimento das 9 metas globais voluntárias de saúde.

CONCLUSÃO

As tendências analisadas permitem equacionar a possibilidade de, em 2025, a mortalidade prematura por NCD em Portugal ter reduzido cerca de 25%, especificamente no que se refere ao conjunto das doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças respiratórias crónicas e diabetes.

Porém, o cumprimento desta meta voluntária pode ser um objetivo difícil de alcançar sem um esforço adicional por parte da sociedade como um todo. O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, lançado em 2016, é um passo importante para alcançar este objetivo, e uma oportunidade que todos em conjunto temos de agarrar e potenciar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva.

² Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). *Health in an ageing world—what do we know?* The Lancet, 385(9967), 484–486. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61597-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61597-X)

³ World Health Organization. (2015). *Noncommunicable diseases progress monitor, 2015*. Geneva.

⁴ Direção-Geral da Saúde. (2015). *A saúde dos portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa.

⁵ World Health Organization. (2012). *Good health adds life to years: global brief for World Health Day 2012*. Geneva.

⁶ United Nations. General Assembly. (2012). *Resolution 66/2. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases*.

⁷ Sixty-sixth World Health Assembly. (2013). WHA66.10. *Follow-up to the Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases*.

⁸ World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva.

⁹ Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa.

¹⁰ World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva.

¹¹ Ministério da Saúde. (2016). *Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 3618-A/2016.

¹² Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2014). *Morbilidade hospitalar*. Serviço Nacional de Saúde 2013. Lisboa.

¹³ World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: World Health Organization.

¹⁴ World Health Organization. (2013). *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen.

¹⁵ World Health Organization. (1978). *Report of the International Conference on Primary Health Care*, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva.

**A VIGILÂNCIA DE SAÚDE E O ÍNDICE DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS EM CRIANÇAS
THE HEALTH SURVEILLANCE AND DECAYED, MISSING AND FILLED TEETH INDEX IN CHILDREN***Isabel Bica^{1,4}**Lúcia Oliveira²**Javier Montero³**José Costa¹**Estudantes 25º CLE, ESSV, IPV¹*¹CI&DETS, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu²ACES Dão Lafões, UCC Mirante do Seixo³Universidade de Salamanca⁴CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research**RESUMO****INTRODUÇÃO**

As doenças orais são um grande problema de saúde pública porque afetam grande parte da população, nomeadamente, crianças em idades precoces (DGS, 2008).

OBJETIVO

Avaliar o índice cpod/CPOD nas crianças em idade pré-escolar e escolar;

Analisar a saúde das crianças (vigilância de saúde e higiene oral) e os hábitos alimentares.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e observacional numa amostra não probabilística por conveniência composta por 222 crianças (54.95% do sexo feminino e 45.05% do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 3 e os 8 anos, a frequentar o ensino pré-escolar e escolas do 1º ciclo do ensino básico do concelho do Sátão.

A colheita de dados foi efetuada através de um questionário sobre vigilância de saúde e comportamentos das crianças, respondido pelos pais. A observação da boca/dentes para a determinação do cpod/CPOD (dentição decídua e permanente) cumpriu os critérios de diagnóstico da Organização Mundial de Saúde (OMS,1997).

RESULTADOS

A vigilância de saúde nas crianças foi de 98,2% (100% rapazes e 96,7% raparigas), das quais 93,7% foram orientadas no âmbito da saúde e da higiene oral. As crianças tinham, em média, 1.1 de cáries, havendo, no entanto, 61,9% das crianças sem cárie. Verificou-se que as crianças com problemas de saúde são as que revelam maior índice CPOD, com diferença estatística significativa ($Z=1018.00$; $p=.020$), assim como as crianças que tomavam medicação ($Z=924.00$; $p=.009$). O índice cpod é influenciado pelas crianças que escovam os dentes sozinhas, dor de dentes, sangramento das gengivas e conhecimento dos pais sobre a influência da alimentação.

CONCLUSÕES

Na consulta de vigilância de saúde infantil, os pais referiram que em 56,8% dos casos o enfermeiro não observou a boca das crianças. Os resultados sugerem a necessidade de uma maior intervenção do enfermeiro na vigilância e promoção da saúde oral das crianças.

PALAVRAS CHAVE

Saúde Bucal; Índice de cpod/CPOD; Crianças

A VIGILÂNCIA DE SAÚDE E O ÍNDICE DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS EM CRIANÇAS

ABSTRACT

INTRODUCTION

Oral diseases are a major public health problem because they affect much of the population, particularly, children at early ages (DGS, 2008).

OBJECTIVES

Evaluate the dmft/DMFT index in children in pre-school and school age;

To analyze the health of children (health surveillance and oral hygiene) and eating habits.

METHODS

Quantitative, descriptive, exploratory and observational study in a non-probabilistic convenience sample consisting of 222 children (54,95% female and 45,05% male), between 3 and 8 years old, attending kindergartens and schools of the 1st cycle basic education of Sãtão county.

Data collection was conducted through a questionnaire on health surveillance and behavior of children, answered by their parents. The observation of mouth/teeth for determining the dmft/DMFT index (Teeth index, decayed, missing and filled in the primary dentition / Teeth Index Decayed, Missing, and Filled in the permanent dentition) met the diagnostic criteria of the World Health Organization (WHO, 1997).

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é a doença de maior prevalência da cavidade oral, gerando graves consequências económicas e sociais, e resulta da interação complexa entre fatores ambientais e do hospedeiro (Regra, 2011; Carvalho, 2010). Pode ser definida como uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dieta-dependente, que provoca desmineralização das estruturas dentárias (Lima, 2007).

De acordo com o Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, em 2008, aos 6 anos de idade, existiam 51% de crianças livres de cárie dentária (DGS, 2008). “Para o ano 2020, as metas referentes às crianças e aos jovens são dirigidas para que, aos 6 anos de idade, aumente o número de crianças livres de cárie e, aos 12 anos, diminua o número médio de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O), na dentição permanente, especialmente da sua componente «C»” (DGS, 2008,p.23). Para medir e comparar a experiência de cárie dentária nas populações, o índice cpod/CPOD tem vindo a ser largamente utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde oral, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde

RESULTS

Health surveillance in children was 98,2% (100% boys and 96,7% girls) of which 93,7% was oriented on health and oral hygiene; The average presence of caries was 1,10 per child and 61,9% of children show no decay. It was found that children with health problems are showing greater DMFT with statistically significant difference ($p=0,020$), as well as children who take medication ($p=0,009$). The DMFT index is influenced by visits to the dentist, taking systemic fluoride, caries perception in children by parents, children brushing teeth alone, toothache, bleeding gums, parental knowledge of the influence of food and the presence of bacteria and oral hygiene of parents.

CONCLUSIONS

In the child health surveillance visit, parents reported that in 56,8% of cases the nurse did not notice the child's mouth. The results suggest the need for greater intervention of nurses in monitoring and promoting oral health of children.

KEYWORDS

Oral Health; dmft/DMFT Index; Children

(Cypriano, Sousa e Wada, 2005).

Relativamente aos fatores de risco no desenvolvimento de cárie dentária, entre físicos ou biológicos, assumem elevada importância as bactérias cariogénicas, a saliva, a insuficiência exposição ao flúor, a existência de recessão gengival, os componentes imunológicos, a necessidade de cuidados de saúde especial e os fatores genéticos (Gonçalves, 2014).

Assim, dado o relevo que os profissionais de saúde têm na promoção de saúde das populações, “a colaboração e o papel dos enfermeiros nos primeiros anos de vida é fundamental para o despiste de cáries precoces” (DGS, 2011). Para isso, a articulação entre a Equipa de Enfermagem e as Escolas é essencial na prevenção e resolução de problemas relativos à comunidade escolar, uma vez que ambas desempenham importantes funções na educação da população, nas suas mais variadas vertentes, entre as quais a saúde oral.

A promoção da saúde oral é uma estratégia eficaz para a redução das doenças orais, manutenção da saúde e qualidade de vida. Para isso, uma das linhas orientadoras da OMS, para a prevenção e controlo de doenças crónicas, é a redução do nível de exposição aos fatores de risco (Regra, 2011). Um tema de grande

A VIGILÂNCIA DE SAÚDE E O ÍNDICE DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS EM CRIANÇAS

importância na fundamentação para a tomada de decisões relativas à gestão de recursos, estabelecimento de prioridades e estratégias nos cuidados de saúde oral, sua implementação e promoção, numa perspectiva global de saúde (Bica, 2014).

O estudo desenvolvido com as crianças do pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico do concelho de Sátão surgiu no ano letivo 2013-2014, após a sua integração no projeto “Sorrir à mesa”, depois de uma observação da cavidade oral na qual foram detetadas um número considerável de crianças com cárie dentária.

OBJETIVOS

Avaliar o índice cpod/CPOD nas crianças.

Analisar a saúde das crianças (vigilância de saúde e higiene oral) e os hábitos alimentares.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e observacional numa amostra não probabilística por conveniência, composta por 222 crianças (54.95% do sexo feminino e 45.05% do sexo masculino) entre os 3 e os 8 anos a frequentar os jardins de infâncias e escolas do 1º ciclo do ensino básico do concelho de Sátão, integradas no projecto sorrir à mesa e sujeitas a avaliação da saúde oral através da observação da boca.

A colheita de dados foi efetuada através de um questionário, sobre vigilância de saúde e comportamentos das crianças, respondido pelos pais. A observação da boca/dentes para a determinação do cpod/CPOD, na dentição decídua e permanente, cumpriu os critérios de diagnóstico da Organização Mundial de Saúde (OMS,1997).

Para a realização do estudo obteve-se parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu/IPV.

Após recolha dos dados prosseguiu-se o tratamento da informação obtida, cujos dados foram tratados através do programa de análise estatística de dados SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 para Windows.

RESULTADOS

As crianças têm uma idade compreendida entre os 3 anos e os 8 anos, ao que corresponde uma idade média de 5.79 anos (± 1.624 anos).

As raparigas, em média ($M=5.87$ anos ± 1.616 anos), são mais velhas que os rapazes ($M=5.69$ anos ± 1.637 anos).

No que se refere à vigilância de saúde das crianças, verificou-se que, na totalidade da amostra, a grande maioria (98.2%) tem essa vigilância, o que corresponde a 100.0% de rapazes e a 96.7% das raparigas.

Analisando a vigilância da saúde e higiene oral das crianças em função do sexo, os resultados indicaram que quase a totalidade da amostra (93.7%) teve vigilância, sendo esta uma afirmação consensual a 69.0% por parte de pais dos rapazes e a 91.8% dos pais das raparigas.

Reportando-nos, agora, aos resultados relativos à observação da boca/dentes nas consultas de vigilância de saúde infantil, apurou-se que a grande maioria (97.3%) confirma essa observação. No seguimento desta questão, verificou-se que a maioria dos pais (61,3%) refere que o seu filho foi observado pelo dentista, 57.2% dos casos foi o médico de família e em 43.2% foi o enfermeiro que fez a vigilância.

Relativamente à observação da saúde oral verificou-se que existem 61,9% de crianças livres de cárie, o que significa que 31,8% apresentam cáries. O número de cáries, em média, é de 1.1 por criança, sendo que os valores variam entre um mínimo de 0 e um máximo de 12 cáries.

No que concerne à relação entre as consultas de vigilância e a presença de cárie nas crianças, verificou-se que as crianças que não fizeram consultas de vigilância de saúde apresentam um índice cpod (dentição decídua) maior, contrariamente às que fizeram consultas de vigilância da saúde com dentes definitivos. Não há, contudo, diferença estatística significativa na dentição decídua ($Z=199.500$; $p=0.974$) e na dentição permanente ($Z=58.000$; $p=0.794$)

Relativamente à relação entre o índice cpod/CPOD e a existência de problemas de saúde, inferiu-se que as crianças com problemas de saúde são as que revelam maior índice cpod/CPOD, com diferença estatisticamente significativa na dentição permanente (CPOD) ($Z=10.18.000$; $p=0.020$).

No presente estudo verificou-se que as crianças com maior índice cpod/CPOD são as que tomam medicação, estatisticamente significativo no índice de CPOD ($Z=924.000$; $p=0.009$).

As crianças que já tiveram dores de dentes são as que mostram ter maior índice cpod/CPOD, sendo a diferença estatisticamente significativa no cpod, onde a crianças que nunca tiveram dor de dentes revelam menor índice ($Z=1989.500$; $p=0.000$).

As crianças com maior índice cpod/CPOD são as que têm inflamação e sangramento gengival, enquanto as que não têm revelam menor índice, resultando em relevância estatística para o índice cpod na inflamação das gengivas ($Z=1135.500$; $p=0.000$) e no sangramento ($Z=1356.500$; $p=0.000$).

No que se reporta à relação entre o índice cpod/CPOD e se a criança escova os dentes sozinha ou com ajuda, verificou-se que há uma maior índice de cpod em crianças que escovam os dentes sozinhas, com significância estatística ($Z=4064.500$; $p=0.008$).

Quanto à relação entre o índice cpod/CPOD e a percepção dos pais sobre a influência da alimentação no aparecimento de cárie, observou-se que o índice de cpod é mais elevado nas crianças cujos pais admitem não ter conhecimento dessa influência. Em termos de CPOD, verificou-se que o índice é maior nas crianças cujos pais não sabem da influência da alimentação no aparecimento de cárie, sendo a prevalência menor para as que os pais revelam esse desconhecimento, com relevância estatística ($X^2=6.884$; $p=0.032$).

A VIGILÂNCIA DE SAÚDE E O ÍNDICE DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS EM CRIANÇAS

CONCLUSÕES

Os resultados do estudo mostram que a observação da cavidade oral ainda não é uma realidade em todas as crianças nas consultas de saúde infantil.

As crianças que não fizeram consultas de vigilância de saúde apresentam maior índice de cpod/CPOD.

Os problemas de saúde geral e oral (dor, infamação e sangramento gengival) são responsáveis por um maior índice de cpod/CPOD.

Os comportamentos de saúde oral na amostra estudada revelam que as crianças que escovam os dentes sozinhas, em idades mais precoces, têm maior índice de cpod.

Os pais com melhores conhecimentos promovem estilos de vida mais saudáveis aos seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao ACeS Dão Lafões e à UCC Mirante do Seixo, pela colaboração e parceria. Um agradecimento especial ao Professor Doutor João Duarte pelo tratamento estatístico e à participação dos estudantes, António Santos, Fábio Vaz, Luís Almeida, Marlene Marques, Miguel Vicente e Mónica Marques, do 25º Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bica, I., Duarte, J., Camilo, A., Jesus, A., Ferreira, C., Oliveira, F. & et al. (2014). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Perceção Parental das Crianças em Idade Pré-Escolar*. Millenium, 47 (jun/dez). p. 141-152.

Carvalho, J. P. (2010). *Fatores sócio-demográficos e comportamentais e saúde oral numa população odontopediátrica*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Portugal.

Cypriano, S.; Sousa, M.,L.,R.; Wada, R.,S.(2005). *Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária*. Revista Saúde Pública. Brasil. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24054.pdf>

DGS - Direção Geral da Saúde (2008a). *Estudo nacional de prevalência das doenças orais*. Lisboa: DGS. Acedido em . <http://www.dgs.pt/default.aspx?cr=12995>

DGS - Direção Geral da Saúde (2011). *Orientação nº007, de 25/03/2011 - Programa nacional de promoção da saúde oral - Plano B*: Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-puublicacoes/estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais-pdf.aspx>

Gonçalves, J.E.P. (2014). *Avaliação do risco de cárie dentária em crianças com 6 anos de idade no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal.

Lima, J. E. O. (2007). *Cárie dentária; um novo conceito*. Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial 119 Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, nov./dez.

Regra, D. G. S. (2011), *Promoção da Saúde Oral: uma experiência de prevenção de cárie num concelho rural*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Portugal.<http://run.unl.pt/bitstream/10362/7711/1/Regra%20Delmira%20TM%202011.pdf>

World Health Organization (1997). *Oral health survey: basic methods*. 4th ed. Geneva; 1997.

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO PRÉ-HOSPITALAR EM VÍTIMAS DE PARAGEM CARDÍACA RECUPERADA
PREHOSPITAL THERAPEUTIC HYPOTHERMIA IN RECOVERED CARDIAC ARREST VICTIMS

Nuno Marques¹
Madalena Cunha^{1,2}
Mónica Alves¹

¹CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu
²CIEC, Universidade do Minho, Portugal

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A Hipotermia terapêutica consiste no arrefecimento corporal induzido com o objetivo de manter uma temperatura central de 33°C, com a finalidade de reverter e ou prevenir os mecanismos responsáveis pela lesão neurológica de reperfusão após recuperação de circulação espontânea. Existe alguma evidência de que a hipotermia terapêutica melhora a sobrevivência e o resultado neurológico após paragem cardíaca ocorrida no pré-hospitalar, contudo a sua utilização não é ainda consensual em vítimas com recuperação de circulação espontânea.

OBJETIVO

Determinar a eficácia da Hipotermia Terapêutica induzida no Pré-Hospitalar na melhoria da sobrevivência e dos resultados neurológicos das vítimas que sofreram paragem cardíaca extra-hospitalar.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre estudos que avaliavam a eficácia da aplicação de hipotermia terapêutica nas vítimas de paragem cardíaca no contexto de pré-hospitalar. Cinco RCT's, envolvendo 759 participantes, sendo 378 do grupo de hipotermia pré-hospitalar e 381 do grupo controlo.

RESULTADOS

A análise dos estudos revelou que existem diferenças significativas na diminuição da temperatura na admissão hospitalar quando utilizada a HTPH comparativamente à normotermia ou hipotermia terapêutica hospitalar (HTH) (IV=-1,16; IC 95%=-1,40-0,92; p<0,00001). Contudo não são observadas diferenças significativas no que se refere à sobrevivência (RR=0,97; IC 95%=0,79-1,19; p=0,76) e outcomes neurológicos favoráveis (RR=0,98; IC 95%=0,79-1,20; p=0,83).

CONCLUSÕES

A hipotermia terapêutica no pré-hospitalar não tem influência na sobrevivência e nos outcomes neurológicos favoráveis no momento da alta, mas apresenta benefício com relevância clínica nos valores da temperatura no momento da admissão hospitalar, pelo que se infere serem necessários mais estudos para aferir da eficácia desta medida terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE

Paragem cardíaca, Pré-hospitalar, Hipotermia Terapêutica.

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO PRÉ-HOSPITALAR EM VÍTIMAS DE PARAGEM CARDÍACA RECUPERADA

ABSTRACT

INTRODUCTION

Therapeutic Hypothermia consists in the induced body cooling in order to maintain a core temperature of 33°C, with the purpose of reversing and/or preventing the mechanisms responsible for the neurological reperfusion injury after spontaneous circulation recovery. There is some evidence that therapeutic hypothermia improves survival and neurologic outcome after cardiac arrest occurred in the prehospital, but their use is not yet agreed in victims with spontaneous circulation recovery.

OBJECTIVE

This study aims to determine the effectiveness of prehospital therapeutic hypothermia in survival and neurological outcomes improvement of victims who suffered a cardiac arrest outside the hospital.

METHODS

It was made a systematic review of the studies assessing the effectiveness of using therapeutic hypothermia on cardiac arrest patients in a prehospital context. Five RCT's involving 759 participants were selected: 378 of the group of prehospital hypothermia and 378 of the control group.

INTRODUÇÃO

A hipotermia induzida é o arrefecimento corporal forçado durante um período de 24h, de modo a manter uma temperatura central de 33°C, sob efeito de sedação, com o objetivo de prevenir e ou reverter os mecanismos responsáveis pela lesão neurológica de reperfusão após recuperação de circulação espontânea (RCE) (Abreu & Pereira, 2011). É também definida como Hipotermia Terapêutica (HT) a hipotermia induzida controlada para uma temperatura alvo, com prevenção dos efeitos laterais (Araújo, 2011).

Bernard e seus colaboradores em 2002 cit in Deckard & Ebright (2011) estudaram o efeito da hipotermia após paragem cardíaca e concluíram que existia uma melhoria significativa dos resultados neurológicos e diminuição da mortalidade no grupo submetido à HT em comparação com o grupo da normotermia. Também no estudo The Hypothermia After Cardiac Arrest (HACA) ao fim de seis meses a mortalidade e o resultado neurológico favorável era melhor no grupo da hipotermia em comparação com o grupo da normotermia (Holzer, et al., 2002).

A hipotermia induzida tem também aplicação terapêutica na Síndrome Pós Paragem Cardio-Respiratória que se instala após um processo de isquemia e de reperfusão. Nesta surge uma

RESULTS

Results showed no significant differences in survival and neurological outcome in medical release when therapeutic hypothermia in the prehospital is used, comparing to normothermia or hospital therapeutic hypothermia.

CONCLUSIONS

Therapeutic hypothermia in the prehospital has no influence on survival and favorable neurological outcomes at discharge, but has the benefit with clinical relevance in the temperature values at the time of hospital admission, so it infers the need for more studies to assess the effectiveness of this therapeutic measure.

KEYWORDS

Cardiac arrest; Prehospital; Therapeutic hypothermia.

casca de eventos e de processos destrutivos ao nível celular que podem continuar por várias horas e até vários dias após a lesão inicial, implicando uma monitorização individualizada do estado hemodinâmico da vítima com especial relevância para o controlo da temperatura alvo (Sadaka, 2013).

Estudos experimentais mostraram uma pequena redução no atraso entre paragem cardíaca e hipotermia terapêutica pode melhorar o prognóstico neurológico após a ressuscitação (Bruehl, et al., 2008).

A hipotermia terapêutica pré-hospitalar deve ser induzida, logo que possível, e existem evidências de que os atrasos no processo de arrefecimento anulam os efeitos benéficos deste tratamento (Kämäräinen, Virkkunen, Tenhunen, Yli-Hankala, & Silfvast, 2008).

MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre a utilização da hipotermia induzida na paragem cardíaca recuperada no âmbito do pré-hospitalar, realizou-se um estudo suportado nos princípios metodológicos de uma *revisão*

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO PRÉ-HOSPITALAR EM VÍTIMAS DE PARAGEM CARDÍACA RECUPERADA

sistemática da literatura.

Em consonância, ao nível da elaboração da questão de investigação, foi utilizado o método PIC[O]D: *Será a hipotermia terapêutica utilizada no pré-hospitalar mais eficaz que a normotermia ou a hipotermia terapêutica hospitalar na taxa de sobrevivência e bom resultado neurológico no momento da alta hospitalar em doentes que tiveram uma PCR extra-hospitalar?*

Partindo da análise dos pressupostos teóricos, definiu-se o seguinte objetivo: *Explicar se a Hipotermia Terapêutica Induzida no Pré-Hospitalar (HTIPH) melhora a sobrevivência e os resultados neurológicos dos doentes que recuperaram circulação espontânea após uma PCR extra-hospitalar.*

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

As pesquisas efetuadas integraram os estudos datados entre janeiro de 2007 e 31 de maio de 2013, nos idiomas português e inglês, recorrendo a diversos motores de busca científica: Google Académico; Scielo; PUBMED; Cochrane Central Register of Controlled Trials Database of Abstracts of Reviews of Effects, Business Source Complete, ERIC, Regional Business News NHS Economic Evaluation Database, Academic Search Complete, MedicLatina, Health Technology Assessments, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Library, Information Science & Technology Abstracts, Cochrane Methodology Register, Cochrane Database of Systematic Reviews (via EBSCO).

Os descritores utilizados foram: “Hypothermia”; “Induced, Hypothermia”; “Cardiac arrest”; “Prehospital Emergency Care”; “Medical Services, Emergency”; “Out-of-Hospital Cardiac Arrest”; “Out-of-Hospital Heart Arrest” e “Resuscitation”, tendo sido selecionada a seguinte estratégia de pesquisa:

#1 MeSH descriptor “Hypothermia” (explode all trees)

#2 MeSH descriptor “Induced, Hypothermia” (explode all trees)

#3 MeSH descriptor “Cardiac Arrest” (explode all trees)

#4 MeSH descriptor “Prehospital Emergency Care” (explode all trees)

#5 MeSH descriptor “Medical Services, Emergency” (explode all trees)

#6 MeSH descriptor “Out-of-Hospital Cardiac Arrest” (explode all trees)

#7 MeSH descriptor “Out-of-Hospital Heart Arrest” (explode all trees)

#8 MeSH descriptor “Resuscitation” (explode all trees)

#9 (#1 OR 2 AND #3 AND #4 OR #5 AND #6 OR #7 AND #8) (explode all trees)

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção dos estudos foi realizada por 2 investigadores que por consenso decidiram quais os estudos a incluir, seguidamente, foram obtidas as publicações completas desses estudos para análise posterior. A primeira amostra de estudos foi de 49097 estudos. Contudo devido ao tamanho da amostra foram aplicados limitadores de pesquisa. Foram apenas considerados

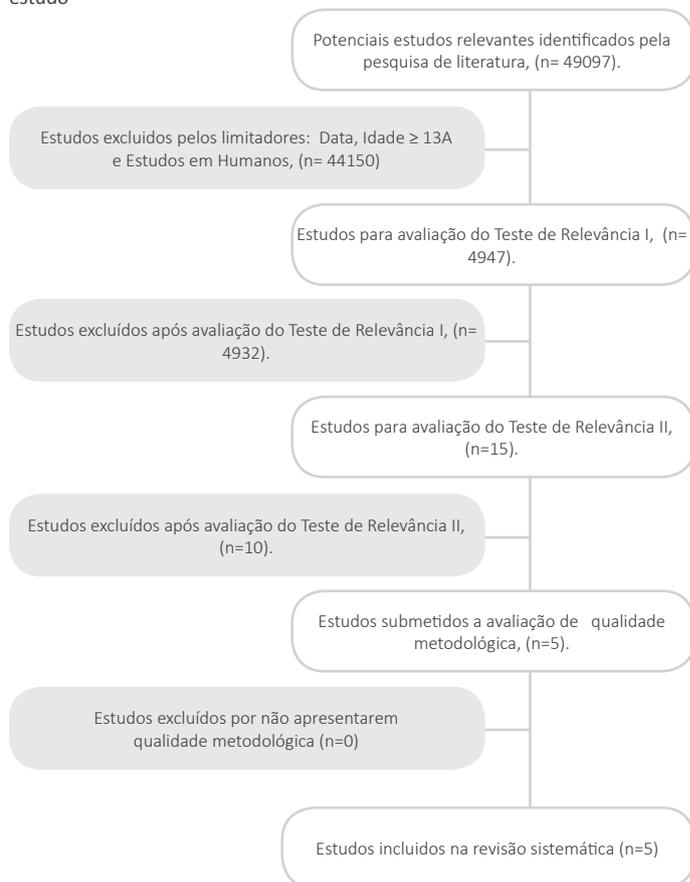
os estudos que contemplassem os seguintes requisitos:

1. Data de publicação – janeiro de 2007 a 31 de maio de 2013
2. Participantes com idades superiores ou iguais a 13 anos
3. Estudos em humanos

Aplicados os limitadores, a amostra ficou reduzida a 4809 estudos. Procedeu-se a nova seleção dos artigos, cujos títulos e resumos foram analisados para refinar todo o processo que tinha sido realizado. Esta seleção teve por base os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, que constituem o teste de relevância inicial ou Testes de Relevância I e II. Estes testes são constituídos por uma lista de questões que devem ser respondidas pelo avaliador, afirmando ou negando a questão em causa. Quando a questão é negada, o estudo deve ser excluído da revisão.

Após a aplicação do Teste de Relevância I foram excluídos 4801 estudos, tendo a amostra ficado circunscrita a 15 estudos. Estes foram submetidos a avaliação por dois investigadores, de forma independente, aplicando o teste de relevância II. Após a aplicação do Teste de Relevância II, foram eliminados 10 estudos, ficando a amostra reduzida a 5 estudos (cf Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma representativo das etapas de refinamento do corpus do estudo



HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO PRÉ-HOSPITALAR EM VÍTIMAS DE PARAGEM CARDÍACA RECUPERADA

RESULTADOS

Análise crítica da qualidade dos estudos selecionados: Aplicou-se a Grelha para avaliação crítica do estudo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa, Portugal, (Carneiro, 2008), obtendo-se um corpos amostral de cinco (5) estudos todos com qualidade superior a 75%.

ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS

A análise dos estudos incluídos na revisão sistemática permitiu apurar os seguintes resultados:

Estudo/Autor/es	Score de Qualidade
Bernard et al (2010)	95%
O estudo de Bernard et al (2010) obteve um índice de qualidade de 95%.	
Métodos- Infusão rápida de 2 L de LR gelado	
Participantes- 234 participantes com idade superior ou igual a 15 anos	
Resultados: 47,5% (Grupo Experimental- GI) vs 52,6% (Grupo Controlo- GC) dos participantes tiveram um resultado favorável na alta hospitalar. Não houve diferença significativa ($p=0,43$). Temperatura média 34,4°C (95% IC 34,1-34,6°C) (GI) vs 35,2°C (95% IC 34,9-35,4°C) (GC)	
Conclusões: Diminuiu temperatura central na chegada ao hospital; Não melhora o resultado na alta hospitalar; Implicações práticas- A HT iniciada no PH diminui a temperatura no momento da admissão hospitalar sem efeitos adversos relevantes.	
Bernard et al (2012) - 95%	95%
O estudo de Bernard et al (2012) alcançou um índice de qualidade de 95%.	
Métodos: Infusão rápida até 2 L (40 ml/Kg) de S. Hartmann	
Participantes: 163 participantes com idade \geq 14 anos	
Resultados: 12,2% (GI) vs 8,6% (GC) dos participantes tiveram um resultado favorável na alta hospitalar. Não houve diferença significativa ($p=0,50$); PCR (cardíaca) - 8 de 47 (17%) (GI) vs 3 de 43 (7%) (GC), $p=0,146$; T média 34,4°C (95% IC 34,1-34,8°C) (GI) vs 35,7°C (95% IC 35,2-36,1°C) (GC), ($p=0,001$).	
Conclusões: Diminuiu temperatura central na chegada ao hospital; Não melhora o resultado na alta hospitalar; Implicações práticas- A HT iniciada no PH com S. Hartmann gelada diminui a T no momento da admissão hospitalar sem efeitos adversos relevantes.	
Kämäräinen et al (2009) - 90%	90%
O estudo de Kämäräinen et al (2009) pateteou um índice de qualidade de 90%.	
Métodos- Infusão rápida de 30 ml/ Kg de LR a 4°C	
Participantes- 37 participantes com idade \square 18 anos	
Resultados: 42% (GI) VS 44% (GC) dos participantes tiveram um resultado favorável na alta hospitalar; Temperatura 34,1 \pm 0,9°C (GI) VS 35,2 \pm 0,8°C. Houve diferenças significativas ($p < 0,001$)	
Conclusões: Diminuiu temperatura central na chegada ao hospital.	
Kim et al (2007) - 87,5%	87,5%
O estudo de Kim et al (2007) pontuou com um índice de qualidade de 87,5%.	
Métodos- Infusão rápida até 2 L de SF a 4°C	
Participantes- 125 participantes com idade superior ou igual a 18 anos	
Resultados: 21 (33,3%) (GI) vs 18 (29,0%) (GC) sobreviveram no momento da alta hospitalar. O odds ratio não ajustados para o arrefecimento no PH foi de 1,25 (95% IC 0,55-2,82); Temperatura à chegada ao hospital T=34,7 \pm 1,2°C (GI) T= 35,7 \pm 1,2°C (GC), $p=0,001$.	
Conclusões: Diminuiu temperatura central na chegada ao hospital; Não melhora o resultado na alta hospitalar; Implicações práticas- A Hipotermia Terapêutica Induzida no Pré-Hospitalar (HTIPH) com SF a 4°C diminui a temperatura no momento da admissão hospitalar sem efeitos adversos relevantes.	
Castrén et al (2010) - 90%	90%
O estudo de Castrén et al (2010) obteve um índice de qualidade de 90%.	
Métodos- arrefecimento intranasal iniciado durante o RCP	
Participantes- 194 participantes com idade superior ou igual a 18 anos	
Resultados: 34,2 [SD = 1,5°C] (GI) vs 35,5 [SD=0,9°C] (GC), $p=0,001$	
Uma Temperatura timpânica $<34^{\circ}\text{C}$ foi alcançada numa média de 102 min (GI) VS 291 min (GC), $p=0,03$. N.º de participantes com RCE, 35 (37,6%) (GI) vs 43 (42,6%) (GC). Não houve diferença significativa ($p=0,48$). Sobreviventes, 14 (43,8%) (GI) vs 13 (31%) (GC), $p=0,26$ e RR=1,4. Bom outcome neurológico à alta hospitalar: 34,4% (GI) vs 21,4% (GC), $p=0,21$, RR=1,6.	
Conclusões: Diminuiu temperatura central na chegada ao hospital; Intervalo de tempo necessário para arrefecer os doentes.	

RESULTADOS DA ANÁLISE DE DADOS, EM FUNÇÃO DOS OUTCOMES

A análise estatística realizada através do software Cochrane Collaboration's Review Manager (RevMan 5.2.8).

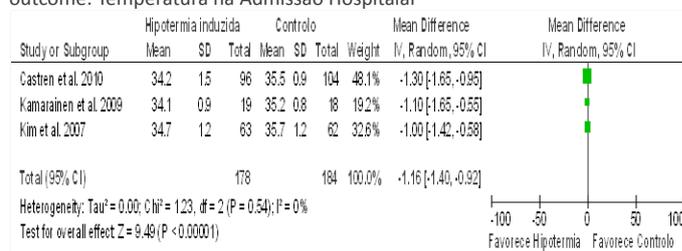
OUTCOME: TEMPERATURA NA ADMISSÃO HOSPITALAR

Os estudos de Kim et al. (2007), Kämäräinen et al. (2009) e Castrén et al. (2010) relatam o outcome temperatura na admissão hospitalar, incluindo 178 participantes do grupo de intervenção e 184 participantes do grupo controlo.

Na análise do outcome foi utilizado o método do inverso da variância com recurso ao modelo de efeitos aleatórios e os resultados expressos em Diferença de médias IC 95%. Nas medidas de heterogeneidade o teste Tau^2 , X^2 e I^2 .

Após a observação dos dados podemos afirmar que há significância estatística entre as intervenções para o outcome temperatura na admissão hospitalar ($\text{IV}=-1,16$; IC 95%=-1,40-0,92; $p < 0,00001$) no grupo submetido a hipotermia terapêutica no pré-hospitalar (HTPH) comparando com o grupo da normotermia ou hipotermia terapêutica hospitalar (HTH). Inferimos também que os estudos são homogêneos conforme se apura pelo resultado do $\text{X}^2=1,23$ ($p=0,54$) e pelo $\text{I}^2=0$ (Cf. Gráfico1).

Gráfico 1 – Forest plot da comparação da Hipotermia Induzida Versus Controlo, outcome: Temperatura na Admissão Hospitalar



Foram excluídos os estudos de Bernard et al. (2010; 2012) porque não possuíam os dados completos, os mesmos apresentavam SD e não apresentavam o IC95%. Esta análise apenas procurou conhecer a redução da temperatura entre as intervenções. Neste caso observou-se uma redução de 1,16°C no grupo experimental, inferindo-se que a hipotermia induzida no PH provoca uma diminuição significativa da temperatura corporal desde o momento em que é iniciada até à admissão hospitalar.

OUTCOME: SOBREVIVENTES À ALTA HOSPITALAR

Todos os estudos incluídos reportam um resultado da sobrevivência à alta hospitalar, envolvendo 108 eventos do grupo de HTPH e 107 eventos do grupo de normotermia ou HTH. Utilizamos o método de Mantel-Haenszel com recurso ao modelo de efeitos aleatórios e os resultados expressos em Risco Relativo com IC 95%. Nas medidas de heterogeneidade o teste Tau^2 , X^2 e I^2 .

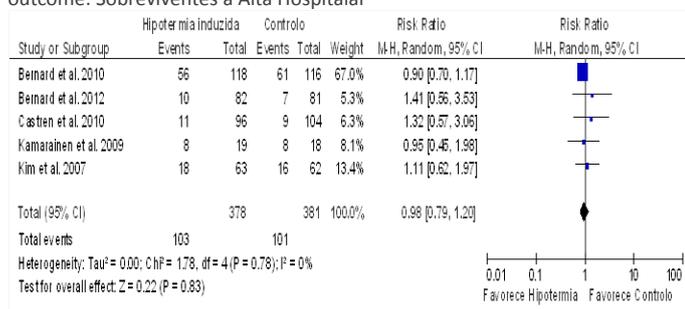
Podemos afirmar então que não há significância estatística entre as intervenções para o outcome sobreviventes à alta hospitalar ($\text{RR}=0,97$; IC 95% $=0,79-1,19$; $p=0,76$) entre o grupo de HTPH comprando com o grupo da normotermia ou HTH. Os estudos

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO PRÉ-HOSPITALAR EM VÍTIMAS DE PARAGEM CARDÍACA RECUPERADA

são homogêneos conforme se apura pelo resultado do $X^2=2,09$ ($p=0,72$) e pelo $I^2=0$ (Cf. Gráfico 2).

Constatamos que a hipotermia induzida iniciada no PH não tem influência sobre os resultados de sobrevivência no momento da alta hospitalar comparativamente aos resultados obtidos quando a HT é iniciada no momento da admissão hospitalar.

Gráfico 2 – Forest plot da Comparação da Hipotermia Induzida versus Controlo, outcome: Sobreviventes à Alta Hospitalar



OUTCOME: BOM RESULTADO NEUROLÓGICO À ALTA HOSPITALAR

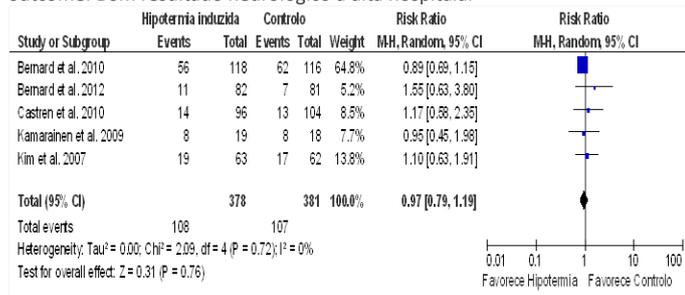
Os cinco estudos incluídos mencionam um bom resultado neurológico à alta hospitalar, abrangendo 103 eventos do grupo de HTPH e 101 eventos do grupo da normotermia ou HTH.

Foi utilizado o método de Mantel-Haenszel com recurso ao modelo de efeitos aleatórios e os resultados expressos em Risco Relativo com IC 95%. Nas medidas de heterogeneidade o teste Tau², X² e I².

Não há significância estatística entre as intervenções para o outcome Bom resultado neurológico à alta hospitalar (RR=0,98; IC 95%=0,79-1,20; p=0,83). Os estudos são homogêneos conforme se apura pelo resultado do $X^2=1,78$ ($p=0,78$) e pelo $I^2=0$ (Cf. Gráfico 3).

Inferimos então que a hipotermia induzida iniciada no PH não melhora os resultados neurológicos das vítimas de PCR no momento da alta hospitalar comparativamente aos resultados obtidos quando a HT é iniciada no momento da admissão hospitalar.

Gráfico 3 – Forest plot da Comparação da Hipotermia Induzida versus Controlo, outcome: Bom resultado neurológico à alta hospitalar



DISCUSSÃO

Este estudo aponta, que a instituição da hipotermia terapêutica no PH não melhora a sobrevivência, nem os outcomes neurológicos das vítimas de PCR no pré-hospitalar. Esta conclusão é suportada no facto de existirem diferenças significativas no que se refere à temperatura avaliada no momento da admissão hospitalar, todavia, no que se refere à sobrevivência e bom outcome neurológico no momento da alta hospitalar não foram observadas diferenças significativas, isto, poderá estar relacionado com o facto de não ter sido infundido o volume de fluídos gelado inicialmente estimado e também, pela não continuidade da HT no hospital, já iniciada no pré-hospitalar. Os estudos onde foram utilizadas infusões de fluídos gelados, apresentavam diferenças no volume infundido, sendo tal facto justificado pelo curto espaço de tempo entre o início da infusão e a chegada ao hospital, sendo por isso pertinente realizar estudos que utilizem um volume total de infusão mais baixo (< 30 ml/Kg ou 2L), procurando estudar a viabilidade e a eficácia do mesmo. Deste modo sugere-se continuar a estudar as implicações da utilização de diferentes métodos de arrefecimento na gestão da temperatura clinicamente desejável no pré-hospitalar.

Uma das limitações a consignar a este estudo está relacionada com o número reduzido de RCT's sobre a HTPH, 10 dos estudos existentes e que foram encontrados na nossa pesquisa não são RCT's, pelo que não foram selecionados para o nosso estudo por não possuírem qualidade suficiente (pontuaram com scores inferiores a 75%) e por conduzirem à heterogeneidade.

CONCLUSÕES

Na pesquisa efetuada foram identificados cinco estudos (Kim et al., 2007; Kämäräinen et al., 2009; Castrén et al., 2010; Bernard et al., 2010 e Bernard et al., 2012) envolvendo 759 participantes, sendo 378 do grupo de hipotermia pré-hospitalar e 381 do grupo controlo. É importante ressaltar que foram preferidos para análise apenas os RCT's por constituírem os melhores níveis de evidência científica e por serem o suporte para a tomada de decisões à boa prática clínica.

A síntese da análise dos estudos revela que existem diferenças significativas na diminuição da temperatura na admissão hospitalar quando utilizada a hipotermia terapêutica no pré-hospitalar (HTPH) comparativamente à normotermia ou hipotermia terapêutica hospitalar (HTH) (IV=-1,16; IC 95%=-1,40-0,92; p<0,00001). Contudo não são observadas diferenças significativas no que se refere à sobrevivência (RR=0,97; IC 95%=0,79-1,19; p=0,76) e outcomes neurológicos favoráveis (RR=0,98; IC 95%=0,79-1,20; p=0,83). Os resultados deste estudo estão em consonância com os estudos que suportam as guidelines atuais.

Em face dos resultados, como implicações para a prática sugere-se a criação de vias verdes para os doentes que recuperem de PCR, à semelhança de outras vias verdes conhecidas, tais como a Via Verde AVC, Sepsis e Coronária, visando o transporte para

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO PRÉ-HOSPITALAR EM VÍTIMAS DE PARAGEM CARDÍACA RECUPERADA

unidades especializadas no tratamento de doentes pós-PCR, onde seja possível a gestão /monitorização da temperatura alvo. Esta sugestão advém do facto da existência de participantes dos estudos incluídos na nossa RS, que tinham sido arrefecidos no PH e aos quais não foi dada continuidade no hospital de destino, podendo condicionar a taxa de sobrevivência e a alta com bom outcome neurológico. Esta não continuidade da HTPH pode ter influenciado os resultados clínicos descritos nos estudos.

Ensaio futuros devem também testar se a HTPH tem influência sobre os outcomes neurológicos no momento da alta hospitalar sobretudo quando o ritmo inicial é a AEsP ou a assistolia e a causa de PCR é cardíaca.

AGRADECIMENTOS

FCT, CIEC, Universidade do Minho, Portugal // CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

REFERÊNCIAS

- Abreu, A., & Pereira, J. G. (2011). *Hipotermia no doente pós-paragem cardio-respiratória: Ponto de vista do especialista*. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 18(3), 67-75
- Araújo, R. M. (2011). *Hipotermia terapêutica: Evidência científica no neurotrauma (Dissertação de mestrado, Universidade do porto)*. Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62323/2/Tese%20de%20Mestrado%20%20Final.pdf>
- Bernard, S., Smith, K. C., Cameron, P., Masci, K., Taylor, D. M., Cooper, D. J., ... Silvester, W. (2012). *Induction of prehospital therapeutic hypothermia after resuscitation from nonventricular fibrillation cardiac arrest*. Critical Care Medicine, 40(3), 747-753. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182377038
- Bernard, S., Smith, K., Cameron, P., Masci, K., Taylor, D., Cooper, D., ... Silvester, W. (2010). *Induction of therapeutic hypothermia by paramedics after resuscitation from out-of-hospital ventricular fibrillation cardiac arrest: a randomized controlled trial*. Circulation, 122(7), 737-742. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.906859
- Bruel, C., Parienti, J.-J., Marie, W., Arrot, X. D., Daubin, C., Cheyron, D., ... Charbonneau, P. (2008). *Mild hypothermia during advanced life support: A preliminary study in out of-hospital cardiac arrest*. Critical Care, 12(1), R31. doi: 10.1186/cc6809
- Carneiro, A. V. (2008). *Como avaliar a investigação clínica: O exemplo da avaliação crítica de um ensaio clínico*. Jornal Português de Gastrenterologia, 15, 30-36.
- Castrén, M., Nordberg, P., Svensson, L., Taccone, F., Vincent, J., Desruelles, D., ... Barbut D. (2010). *Intra-arrest transnasal evaporative cooling a randomized, prehospital, multicenter study (PRINCE: Pre-ROSC IntraNasal Cooling Effectiveness)*. Circulation, 122 (7), 729-736. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.931691
- Deckard, M., & Ebricht, P. (2011). *Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: What, why, who, and how - Cooling patients can improve their*. American Nurse Today, 6(7), 23-28
- Kämäräinen, A., Virkkunen, I., Tenhunen, J., Yli-Hankala, A., & Silvast, T. (2009). *Prehospital therapeutic hypothermia for comatose survivors of cardiac arrest: A randomized controlled trial*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 53(7), 900-907. doi: 10.1111/j.1399-6576.2009.02015.x
- Kim, F., Olsufka, M., Longstreth, W., Maynard, C., Carlbom, D., Deem, S., ... Cobb, L. A. (2007). *Pilot randomized clinical trial of prehospital induction of mild hypothermia in out-of-hospital cardiac arrest patients with a rapid infusion of 4°C normal saline*. Circulation, 115, 3064-3070. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.655480
- Sadaka, F. (2013). *Therapeutic Hypothermia in Brain Injury*. Rijeka: InTech.
- The Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group. (2002). *Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest*. The New England Journal of Medicine, 346, 549-556. doi: 10.1056/NEJMoa012689

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS
RHEUMATOID ARTHRITIS: IMPLICATIONS ON THE FUNCTIONAL CAPACITIES OF PEOPLE

Elisabete Figueiredo¹
Rosa Martins²

¹Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE;

²CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu.

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A Artrite Reumatóide (AR) é uma patologia com profundas implicações na funcionalidade das pessoas, com efeitos significativos não só ao nível do funcionamento físico, mas também a nível emocional, familiar, social e económico.

OBJETIVOS

Avaliar a funcionalidade das pessoas com artrite reumatóide; Analisar a relação das variáveis sócio demográficas, clínicas, dor e qualidade do sono com a funcionalidade das pessoas com artrite reumatóide.

MÉTODOS

Estudo não experimental, transversal, descritivo correlacional e de carácter quantitativo, realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 75 pessoas com o diagnóstico de AR, acompanhadas na Unidade de Dor, na Consulta de Reumatologia e na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE. Para a mensuração das variáveis utilizou-se um instrumento de colheita de dados que integra uma secção de caracterização sócio demográfica e clínica, o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh – PSQI e o Health Assessment Questionnaire – HAQ.

RESULTADOS

Constatou-se que 60,0% dos inquiridos apresenta dificuldades/incapacidades leves no desempenho das atividades da vida diária, 32,0% apresenta já dificuldades moderadas e 8,0% incapacidade grave, sendo que o valor médio da funcionalidade global avaliado por meio do HAQ foi de 1,48, o que revela a existência de uma incapacidade moderada na nossa amostra. Das variáveis sócio demográficas, a idade ($p=0,003$), a situação laboral ($p=0,000$), a escolaridade ($p=0,006$) e os rendimentos mensais ($p=0,001$) têm influência no estado funcional das pessoas com AR. Das variáveis clínicas, a intensidade da dor ($p=0,007$) e o tempo de diagnóstico da doença ($p=0,013$) mostraram relacionarem-se com a funcionalidade. Em relação à qualidade do sono, apenas existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “levantar-se” ($p=0,030$) e “caminhar” ($p=0,034$), sendo que a má qualidade de sono configurou-se em 94,7% dos inquiridos.

CONCLUSÕES

As evidências encontradas neste estudo referem que a idade, a situação laboral, a escolaridade, os rendimentos mensais, o tempo de diagnóstico, a intensidade da dor e a qualidade do sono, associam-se a uma pior funcionalidade nas pessoas com AR. O diagnóstico precoce, a adoção de medidas para a promoção da boa qualidade do sono, a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, e ações de formação direcionadas aos doentes com AR, devem ser estratégias a desenvolver junto desta população, numa tentativa de minimizar o impacto negativo que esta doença acarreta.

PALAVRAS CHAVE

Artrite Reumatóide; Sono; Dor; Funcionalidade.

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

ABSTRACT

INTRODUCTION

Rheumatoid Arthritis (RA) is a disease with intense implications on the functional capacities of people and significant side effects not only in terms of physical functioning, but also at the emotional, family, social and economic levels.

OBJECTIVES

To evaluate the functional capacity of people with rheumatoid arthritis and analyze its connection to sociodemographic, clinical, pain and quality of sleep variables.

METHODS

Non experimental, cross-sectional, descriptive, correlational and quantitative approach study, carried out in a non-probabilistic convenience sample consisting of 75 people diagnosed with RA, attended on the Pain Unit at the Rheumatology Consultation and at the Medical Physics Rehabilitation CHTV, EPE. For the measurement of the variables it was used a data collection instrument that integrates a section of sociodemographic and clinical classification, the Index of Sleep Quality Pittsburgh- PSQI and the Health Assessment Questionnaire- HAQ.

RESULTS

It was found that 60.0% of the study's participants have difficulties/mild disabilities in the performance of their daily routine; 32.0% have already moderate difficulties; and 8.0% have severe disabilities. The average of the overall functional capacities, according to the HAQ assessment, was 1.48, which reveals a moderate disability in the studied sample. In demographic variables, age ($p = 0.003$), employment status ($p = 0.000$), education ($p = 0.006$) and monthly income ($p = 0.001$) influence the functional status of people with RA. In clinical variables, the intensity of pain ($p = 0.007$) and the time of disease's diagnosis ($p = 0.013$) showed how they are relate to the functional capacities. Regarding the quality of sleep, there are only statistically significant differences in the subscales "getting up" ($p = 0.030$) and "walking" ($p = 0.034$), the poor sleep quality was confirmed in 94.7% of participants.

CONCLUSIONS

The evidence, found in this study, shows that age, employment status, education level, monthly income, time for diagnosis, intensity of pain and quality of sleep are associated, with worse functional capacities, in people with RA. Early diagnosis, the adoption of measures to promote good sleep quality, pharmacological and nonpharmacological procedures for pain relief, and training activities directed to patients with RA are strategies to be developed with this population, in an attempt to minimize the negative side effects of this disease.

KEYWORDS

Rheumatoid arthritis; Sleep; Ache; Functionality.

INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida que pode ocorrer em todas as idades e apresenta, como manifestação maior, o envolvimento repetido e habitualmente crônico, das estruturas articulares e periarticulares. De acordo com Reis (2011, p. 1), a AR tem, muitas vezes, uma evolução progressiva, destrutiva e deformante, afetando cerca de 1% da população mundial e todas as etnias. Este autor refere ainda, que "são as articulações periféricas as primeiras a serem afetadas pela AR, particularmente as das mãos e dos pés. É assim afetada a capacidade de mobilização e locomoção, sendo as atividades do dia-a-dia as primeiras a serem comprometidas. (...) quando não tratada precocemente, a incapacidade funcional é uma consequência natural da doença, agravando-se com a sua progressão."

A AR é, assim, uma doença com enorme relevância em termos de incidência e prevalência, mas igualmente devido à incapacidade física que induz e aos custos económicos que suscita. A

incapacidade física implica uma incapacidade funcional, relacionada com a destruição articular e dor causada pela doença (Harrison, 2003). De acordo com Lucas e Monjardino (2010), citados por Reis (2011, p.4), "a prevalência e a incidência da AR em Portugal não estão ainda determinadas com rigor, mas poderão aproximar-se dos valores previamente descritos noutras zonas do sul da Europa (cerca de 0,3%)".

O estado funcional, ou capacidade funcional, pode ser definido como a aptidão da pessoa para realizar determinadas tarefas que lhe permitam cuidar de si mesmo e ter uma vida independente. Apesar do envelhecimento não ser sinónimo de doença e dependência, o seu processo potencializa a limitação progressiva das capacidades do indivíduo para satisfazer as atividades de vida diárias (AVD'S) com autonomia.

Ribeiro e Paúl (2011), cit in Martins e Mestre (2014, p. 155), defendem que "o envelhecimento bem-sucedido pode ser olhado de múltiplas e variadas perspetivas, contudo deve incluir três componentes: o baixo risco de doença e o conhecimento acerca dela, um alto nível de funcionamento mental e físico e

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

um envolvimento ativo no ciclo vital”. No entanto, Cunha (2007, p.40), cit in Pinto e Martins (2013, p.4), refere que “viver mais tempo, aumenta em 80% as probabilidades de desenvolver uma ou mais doenças crónicas, assim como limitações físicas incapacitantes”.

Um das consequências do aumento da população idosa é o aumento das doenças crónicas e incapacitantes, sendo que 88% dos indivíduos com mais de 65 anos apresenta pelo menos uma patologia crónica e 21% possui incapacidades crónicas, sendo as mulheres as mais afetadas uma vez que 35% a 50% entre os 70-80 anos apresenta dificuldades de locomoção e na realização de tarefas diárias (Pinto & Martins, 2013). Ou seja, mesmo em pessoas sadias existe perda da capacidade funcional ao longo da vida e na AR tal perda é mais expressiva (Oliveira et al. 2015). Nos doentes com AR, as mudanças erosivas e progressivas que ocorrem na cartilagem e osso levam a deformidades e a incapacidades que podem ocorrer de forma grave, precoce e permanente. As consequências negativas da AR no estado funcional dos doentes são multidimensionais, com perda de força muscular e resistência e perda da amplitude de movimento das articulações. Por conseguinte, existe redução da capacidade funcional e mudanças na Qualidade de Vida. Consequentemente à deterioração da qualidade de vida dos doentes, incluindo o autocuidado e as atividades de vida diárias, há também um decréscimo na capacidade funcional e produtividade relativamente às atividades laborais/profissionais, o que leva a consequências económicas graves. Os custos económicos advêm dos tratamentos farmacológicos de longa duração, cirurgias, reabilitação física, dias de trabalho perdidos, pelo próprio e pelos familiares que os acompanham, e reformas antecipadas por incapacidade para o trabalho. O sucesso do tratamento dos doentes com AR depende significativamente de uma adequada avaliação da atividade da doença. Esta, por sua vez, determina a velocidade do avanço da doença e o seu potencial para o desenvolvimento de desordens anatómicas e funcionais (Jovanovic et al., 2015).

Freitas et al. (2013) afirmam que a dor e o desconforto provocados pela AR podem levar a graves consequências para os idosos, contribuindo para a perda da funcionalidade, má qualidade do sono, comprometimento da participação social, com importantes repercussões negativas na saúde e no bem-estar dos indivíduos nesta faixa etária.

Um estudo de Luyster, Chasens, Wasko e Dunbar-Jacob (2011), demonstrou que a má qualidade do sono está associada aos altos níveis de sintomas depressivos, maior intensidade da dor, aumento da fadiga e maior incapacidade funcional dos doentes com AR. A deficiência física resultante da artrite reumatóide pode limitar a capacidade dos doentes em realizar algumas atividades de vida diárias como o andar, vestir e higiene, e realizar estas tarefas pode ser ainda mais difícil para quem sofre com fadiga, dor e depressão. É provável que a incapacidade funcional seja a causa da depressão, dor e fadiga, que por sua vez afetam a qualidade do sono. Não dormir bem à noite pode contribuir

para aumentar a dor e a sensação de cansaço durante o dia, o que consequentemente pode limitar a capacidade do doente de realizar as atividades de vida diárias.

Assim, considerando a natureza crónica da AR, torna-se fundamental a avaliação funcional da incapacidade provocada por esta doença. De acordo com Santos et al (1996, p. 15) a versão curta do HAQ-c desenvolvida por Fries na década de 80 é a mais utilizada internacionalmente, pois este foi concebido especificamente para avaliar os doentes reumáticos. Além da dor, avalia a capacidade funcional. A sua validade e fiabilidade já foram demonstradas, é de preenchimento rápido e foi concebido para ser aplicado como auto-questionário.

Partindo dos pressupostos atrás descritos, desenvolvemos o presente estudo tendo como principal objetivo avaliar o estado funcional na pessoa com Artrite Reumatóide e os fatores que nela intervêm, pretendendo ainda demonstrar que a pessoa com AR poderá beneficiar da intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação.

MÉTODOS

É reconhecido o impacto que o estado funcional e a qualidade do sono podem ter no quotidiano da população com AR. Poderão ser muitas as causas que originam uma degradação do estado funcional destes indivíduos. Estas causas poderão ter a sua génese em fatores sócio demográficos, na duração da doença, na presença de dor, na qualidade do sono, ou outros. Neste sentido delineámos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, nomeadamente:

- Avaliar o estado funcional das pessoas com artrite reumatóide;
- Analisar a relação das variáveis sócio demográficas, clínicas, dor e qualidade do sono com o estado funcional funcionalidade das pessoas com artrite reumatóide.

O desenho da nossa investigação enquadra-se no tipo de estudo não experimental, transversal, numa lógica de análise descritivo-correlacional, e de carácter quantitativo. O modelo conceptual que seguidamente apresentamos procura demonstrar o conjunto de variáveis em estudo e a relação que procuramos averiguar entre elas (Figura 1).

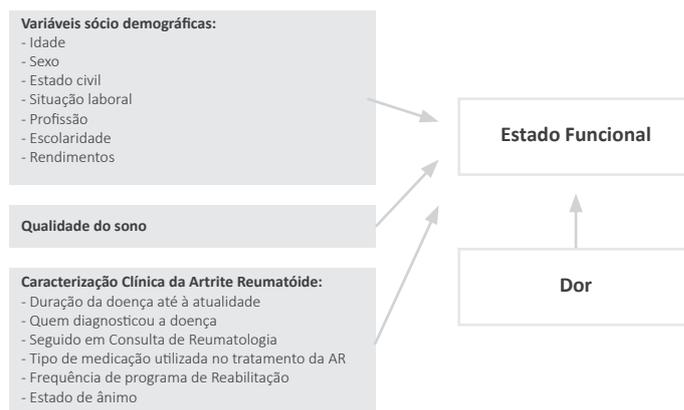


Figura 1 – Modelo Conceptual do Estudo

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

A amostra selecionada para este estudo foi do tipo não probabilístico, por conveniência, constituída por 75 pessoas com AR, que são acompanhadas na Unidade da Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE. Para a consecução da amostra foram utilizados os seguintes critérios de seleção:

- Possuir diagnóstico de Artrite Reumatóide e estar inscrito na Unidade da Dor, na Consulta de Reumatologia ou na Medicina Física de Reabilitação do CHTV, EPE;
- Ter mais de 18 anos;
- Aceitar participar no estudo e assinar o consentimento, depois de devidamente informados sobre o assunto.

Foi aplicado um questionário constituído, numa primeira parte, pelos dados sócio-demográficos e pelas variáveis de caracterização clínica da AR e por duas escalas, o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e pelo Health Assessment Questionnaire – Versão Portuguesa (HAQ-c). Em 1988, J. Buysse e colaboradores construíram o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh no intuito de disporem de um instrumento que avaliasse a qualidade de sono de um sujeito no intervalo de um mês e que pudesse ser utilizado em ensaios clínicos (Buela-Casal; Sanchez, 2002). Imediatamente, este instrumento foi amplamente utilizado e adotado em inúmeros trabalhos de investigação. O PSQI integra 19 perguntas auto-aplicadas que analisam os diferentes fatores da qualidade de sono que se agrupam para formar sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna (Buela-Casal; Sanchez, 2002). Foi posteriormente traduzido, adaptado e validado por Alessandra Bertolazi, em 2008, para português do Brasil. O Health Assessment Questionnaire foi construído por J. F. Fries e seus colaboradores da Universidade de Stanford (EUA) em 1982. Em 1990 foi publicada a adaptação para português do Brasil, contudo a realidade sócio-cultural brasileira e a terminologia adaptada tornaram impraticável a sua aplicação em Portugal, pelo que em 1996 a escala foi validado para a população portuguesa por R. Santos, P. Reis, L. Rebelo, F. Dias, C. Rosa e M. Queiroz. Este instrumento tem como objetivo avaliar a percepção da capacidade funcional nos doentes com AR. Trata-se de um questionário de auto-resposta, de avaliação funcional, com 20 itens distribuídos por 8 dimensões (vestir-se, levantar-se, comer, deambular, higiene pessoal, alcançar, agarrar, outras atividades) e, inclui ainda, uma escala visual analógica da dor (EVA) (Ribeiro, 2007, p.330-331). O HAQ avalia a capacidade funcional, de forma a classificar a dificuldade em realizar determinada tarefa em graus – sem qualquer dificuldade (0 pontos), com alguma dificuldade (1 ponto), com muita dificuldade (2 pontos) ou incapaz de o fazer (3 pontos).

RESULTADOS

Relativamente ao género e à idade destacamos a distribuição desigual na nossa amostra em que 80% dos participantes

pertencem ao género feminino, com uma média de idades de 54,75 anos enquanto apenas 20% pertencem ao género masculino com uma média de idades de 62,07 anos. O grupo etário predominante foi o que corresponde ao intervalo dos 51 aos 65 anos com 41,3% dos indivíduos. Quanto ao estado civil destacam-se os indivíduos casados ou em união de fato (69,33%). Os níveis de escolaridade são predominantemente baixos, pois 42,7% dos indivíduos possuem apenas o 1º ciclo (4ª classe) seguido pelo grupo que possui ensino superior com 17,3% dos doentes. Ao analisar a situação laboral e económica salienta-se o facto de 42,7% dos indivíduos se encontrarem já reformados existindo também um número significativo de indivíduos desempregados (18,7%). Na nossa amostra 60,3% assume dispôr de um rendimento mensal inferior a 500€. Ao caracterizar a situação clínica dos doentes com AR, verificamos que o diagnóstico da doença foi realizado por reumatologista em 40,0% dos casos, e em 37,3% pelo médico de família. Relativamente à medicação constatámos que, tal como no estudo de Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43), a maioria dos nossos participantes utilizam no tratamento da doença os corticosteróides (76,0%), seguindo-se os AINES (64,0%) e as drogas modificadoras da doença (57,3%). Observámos que 52,0% dos participantes se encontra ligeiramente deprimido e apenas 28,0% refere não se sentir deprimido. Também Cunha, Ribeiro & André (2016, p.339) encontraram que 33,8% doentes com AR apresentavam depressão leve e 35% índices de depressão elevada, sendo que os homens manifestaram menos sintomatologia depressiva quando comparados com as mulheres (64,3% vs 27,3%), com diferenças significativas ($res=2.7$).

Referindo-nos à qualidade do sono, observámos que apenas quatro participantes no estudo, a que correspondem 5,3% da totalidade da amostra, apresentam uma boa qualidade de sono. A má qualidade de sono configura-se em 94,7% dos inquiridos e distribui-se de forma heterogénea por género (20,0% masculino e 74,7% feminino). Relativamente à capacidade funcional dos participantes, constatámos que as perturbações funcionais mais elevadas nos doentes com AR se encontram nas subescalas “alcançar” ($\bar{x}=2,01$), seguindo-se as “atividades” ($\bar{x}=1,70$), o “vestir-se” ($\bar{x}=1,65$) e o “caminhar” ($\bar{x}=1,58$). A subescala “apreensão” obteve um dos valores mais baixos ($=1,48$), o que nos surpreende uma vez que são as articulações das mãos, por norma as primeiras a serem afetadas. O valor médio da funcionalidade global avaliado por meio do HAQ foi de 1,48, o que revela a existência de uma incapacidade moderada na nossa amostra. Aferimos que 60,0% dos participantes apresentam dificuldades leves no desempenho das suas atividades de vida diárias, enquanto 32,0% apresentam dificuldades moderadas a graves e apenas 8,0% surgem com incapacidade grave a muito grave.

Relativamente à dor, observámos que 38,7% dos participantes apresenta dor intensa, seguindo-se 36,0% com dor moderada e 12,0% com dor ligeira. As modalidades de tratamento não farmacológicas são muitas vezes utilizadas como adjuvante

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

à terapia medicamentosa nos doentes com AR, facto que sai reforçado neste estudo uma vez que um pequeno grupo de participantes frequenta programas de Reabilitação. Porém, é uma prática ainda pouco divulgada uma vez que 90,5% dos participantes não frequenta programas de reabilitação e dos 9,5% que frequenta, fá-lo essencialmente com os fisioterapeutas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A idade, na nossa amostra, oscilou entre os 22 e 85 anos, o que vai ao encontro do descrito por vários autores ao referirem que a AR pode ocorrer em todas as idades. Resultados semelhantes têm sido divulgados recentemente, de que é exemplo o Brasil, onde, uma pesquisa conduzida por Oliveira et al. (2015, p.64), avaliou as alterações na capacidade funcional em doentes com AR num período de 3 anos, verificando-se o predomínio do género feminino com 29 mulheres para 3 homens, e uma média de idades de 53,8 anos. Também no Uruguai, Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43), analisaram o impacto da AR sobre a capacidade funcional para o trabalho e a qualidade de vida relacionada com a saúde. No estudo desenvolvido também se verificou a predominância do género feminino com 88,7%, e uma média de idade de 51,9 anos.

Embora, no nosso estudo, a influência do género na funcionalidade não se ter revelado significativa, pela ordenação das médias, verificámos que são as mulheres que têm uma funcionalidade mais comprometida no dia-a-dia. Já a idade apresentou uma relação estatisticamente significativa com a funcionalidade uma vez que os participantes com mais idade (66-85) são os que apresentam pior funcionalidade. Tal como foi descrito anteriormente não é apenas a doença, mas também o próprio envelhecimento, que conduz ao aparecimento de incapacidades com o avançar da idade.

Também Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43) observaram que a maioria da amostra apresentava baixa escolaridade (24,5%). Os resultados do nosso estudo demonstram que os participantes com maiores habilitações são os mais funcionais em que se destaca associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a funcionalidade nas subescalas levantar, higiene e funcionalidade global. Ao analisar a situação laboral e económica salienta-se o facto de 42,7% dos indivíduos se encontrarem já reformados existindo também um número significativo de indivíduos desempregados o que é compreensível à luz da situação politico-social e ainda porque o decurso da doença e a perda funcional podem contribuir para a perda do emprego. Também Corbacho e Dapuetto (2010, p.30-43) verificam, na amostra estudada, que esta pertence maioritariamente à classe social economicamente baixa. Os resultados obtidos permitiram aferir que a situação laboral e o rendimento mensal influenciam de forma estatisticamente significativa a funcionalidade da pessoa com AR apresentando melhor nível de funcionalidade os que trabalham e os que auferem rendimentos superiores a 500€. Contrariamente ao que

refere Sokka cit. in Oliveira et al. (2015, p.66), não encontramos associação estatisticamente significativa entre o ser seguido em consulta de reumatologia e a funcionalidade dos doentes. Assim, consideramos que o funcionamento da consulta de reumatologia poderá ser optimizado no sentido de desenvolver um atendimento diferenciado dos doentes com AR e que se possa traduzir também em melhoria da sua funcionalidade.

Quanto ao tempo de evolução da doença, observa-se que os indivíduos diagnosticados há menos de 10 anos apresentam maior funcionalidade. Isso pode justificar-se devido à grande evolução no tratamento farmacológico que ocorreu na última década, com o aparecimento de novos fármacos e a inclusão de drogas modificadoras da doença, entre as quais a medicação biológica. Oliveira et al. (2015, p.64) estudou doentes com uma média de 12,2 anos de duração da doença, não tendo verificado perda de funcionalidade associada a esta variável. Por outro lado corroboramos a opinião de Jovanovic et al, (2015, p.24) ao demonstrar que, ter mais idade e maior tempo de doença, contribui significativamente para a perda da funcionalidade nos doentes com AR. Sabendo que esta é uma doença incapacitante, o tempo de evolução da mesma implica perda de funcionalidade justificando deste modo a observação de que os indivíduos diagnosticados há menos de 10 anos apresentem melhor funcionalidade.

Apesar de não termos encontrado associação entre o estado de ânimo e a funcionalidade, pois só se verificam diferenças estatisticamente significativas na subescala "levantar-se" ($p=0,004$), constatamos que são os participantes não deprimidos os mais funcionais. Este facto leva-nos a corroborar da opinião de Luyster et al, (2011, p.53) uma vez que a incapacidade funcional resultante da AR pode ter impacto não apenas na realização das atividades de vida diárias, mas também na vida social e recreativa e consequentemente afetar o estado de ânimo destes doentes. Sariyildiz et al. (2014) conduziram um estudo caso-controle, onde participaram 94 doentes com diagnóstico de AR e 52 doentes como grupo controle, com o objetivo de avaliar a qualidade do sono e suas variáveis nos doentes com AR. A maioria dos doentes era do género feminino (81,5%) com uma média de idade de 46,20 anos. Os distúrbios do sono foram observados em 64,1% dos doentes com AR e, entre estes doentes, 43,3% tinham sintomas de depressão. A média de duração da doença foi de 4,66 anos. Neste estudo, verificou-se que os valores da PSQI indicaram má qualidade do sono nos doentes com AR em comparação com o grupo controle, considerando-se a atividade da doença e a depressão potenciadoras de má qualidade do sono.

Também Taylor-Gjevre et al. (2011, p.152) avaliaram os componentes da qualidade do sono e as causas auto-identificadas que contribuem para a sua fragmentação, através de um estudo observacional onde participaram 223 doentes, 145 com AR e 78 com osteoartrose (OA). A alteração mais comum relatada por ambos os grupos foi a fragmentação do sono. A causa mais frequente de distúrbios do sono era "levantar-se para ir à casa-

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

de-banho" identificada por 51% dos doentes com AR e por 49% dos doentes com OA e a segunda mais comum, era a "dor", identificada como causa para o despertar por 33% dos doentes com AR e por 45% dos doentes com OA. O PSQI global superior a 5 indicou uma má qualidade do sono em 62,1% dos participantes com AR. Alguns doentes referiram ter perturbações do sono pré-existent (9,0%) enquanto 91,0% manifestou não conhecer ter perturbações do sono prévias.

No nosso estudo verificámos que são os participantes que têm sono de qualidade os que apresentam maior funcionalidade, no entanto, só encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas subescalas "levantar-se" ($p=0,030$) e "caminhar" ($p=0,034$). Também Luyster et al (2011, p.53) sugerem que a má qualidade do sono está associada a pior funcionalidade nos doentes com AR e que esta relação pode ser explicada pela severidade da dor e pela fadiga, o que nos remete para a necessidade de uma intervenção mais eficaz a este nível no sentido de combater a perda de funcionalidade que lhe está associada.

Embora os nossos resultados sejam semelhantes aos apresentados por Wickrematilake e Wijeratne (2013, p.15-16) no seu estudo, outros como Corbacho e Dapuetto (2010, p. 30-43) e Oliveira et al. (2015, p.64) apresentam resultados diferentes uma vez que o primeiro obteve uma média de 1,56 na HAQ, mas 77,3% dos doentes apresentavam dificuldades moderadas a graves, e o segundo apresentou um valor médio mais baixo que o nosso com 1,14 na HAQ.

Reportando-nos à intensidade da dor e funcionalidade dos participantes, os resultados do nosso estudo revelaram que a intensidade da dor se correlaciona com a funcionalidade, sobretudo nas subescalas "levantar-se", "alcançar" e "atividades", isto significa que os doentes que têm mais dor têm também mais dificuldades na realização das referidas atividades. No entanto, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas subescalas "comer" e "apreensão".

Embora o nosso estudo revele que a maioria dos participantes apresenta dor intensa, Luyster et al. (2011), observaram que em média 46,23 dos participantes referem ter dor intensa/grave. Já Corbacho e Dapuetto (2010, p. 33) verificaram que a dor intensa era referida por 60,0% dos doentes no seu estudo.

Considerando que um dos principais objectivos, no tratamento dos doentes com AR, é o alívio da dor, os dados obtidos levam-nos a pensar na necessidade de se alargar o leque das medidas analgésicas a utilizar e a possibilidade do recurso a medidas não farmacológicas para o alívio da dor, também estas inseridas no âmbito das competências da enfermagem de reabilitação.

Aferimos ainda que são os participantes sem dor aqueles que apresentam maior funcionalidade, sendo as diferenças estatisticamente bastante significativas. A dor contínua da AR é fisicamente limitante e desmoralizante, conduzindo a desordens afetivas com conseqüente isolamento a nível social e pessoal, originando mudanças nos papéis ocupacionais e sociais de cada um. Sabemos que nas pessoas com patologia de dor crónica,

como é o caso das pessoas com AR, os níveis de angústia e invalidez são acompanhados por incapacidade funcional e tendência ao isolamento e depressão.

Na revisão da literatura realizada por Vliet Vlieland e Pattison (2009, p.103) enumeram-se para além do reumatologista, enfermeiros especialistas, dietistas, assistentes sociais, podologistas, terapêutas ocupacionais e especialistas em reabilitação, entre outros, como elementos a incluir na equipa multidisciplinar que cuida dos doentes com AR. Estes autores salientam as recomendações da EULAR (European League Against Rheumatism) quanto à elaboração de programas de educação destinados aos doentes com AR que lhes permita aprenderem a lidar com a dor, a deficiência e a manutenção das capacidades para o trabalho como intervenções adjuntas, além da prática de intervenções não farmacológicas, como a realização de exercícios dinâmicos e hidroterapia. Algumas revisões sistemáticas concluíram que o exercício dinâmico é eficaz no que diz respeito à melhoria da capacidade aeróbica e força muscular, sem efeitos prejudiciais sobre a atividade da doença, dor ou lesão articular radiológica (Vliet Vlieland & Pattison 2009, p.107).

Embora a massagem clássica ainda não faça parte dos conjuntos atuais de orientações sobre a gestão da AR inicial a avaliação da sua segurança nos doentes com AR conclui que os eventos adversos do seu uso são raros (Vliet Vlieland & Pattison 2009, p.107).

Sendo a reabilitação uma valência multidisciplinar, esta visa ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as respetivas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2010, p.1), "... concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa".

A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação permite, entre outros, assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação do doente e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

Perante a análise das diversas variáveis que se demonstrou influenciarem a funcionalidade dos doentes com AR somos

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

da opinião que, a presença do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na consulta de reumatologia seria um marco de diferenciação, pois, no âmbito das suas competências, poderia implementar intervenções específicas com vista a manter e/ou melhorar a capacidade funcional destes doentes.

Estima-se que em Portugal existam cerca de 40.000 doentes diagnosticados com AR, apresentando estas limitações variáveis nas atividades de vida diárias, tão simples como abrir uma porta, agarrar uma caneta ou calçar uns sapatos. O impacto causado pela dor e a sua intensidade na funcionalidade dos nossos participantes, é uma realidade que não podemos escamotear.

Confirmámos estar perante uma problemática atual e pertinente, com impacto real tanto ao nível da qualidade de vida dos doentes como do próprio sistema de saúde, e por isso merece uma atenção particular por parte da comunidade científica. Se é verdade que este tema tem sido amplamente estudado em diferentes países do mundo, não é menos verdade que o número de estudos realizados em Portugal é ainda reduzido, incidindo sobretudo na análise da qualidade do sono, relegando para um segundo plano a avaliação da funcionalidade no desempenho das atividades de vida diária. Entendemos que outros estudos de avaliação do impacto da AR na funcionalidade das pessoas envolvam a formação e a investigação contribuindo para que estas se afirmem como um binómio unificador na construção profissional.

O sistema de saúde, que pressupõe os cuidados centrados no doente, deve promover a elaboração de programas de intervenção e educação aos doentes, incluindo a prática de exercício físico, medidas não farmacológicas para o alívio da dor, medidas promotoras de boa higiene do sono, técnicas específicas de auto-cuidado, utilização de produtos de apoio e dispositivos de compensação. Neste contexto, pesquisas futuras fornecerão aos profissionais, que prestam cuidados de saúde, conhecimentos que permitirão otimizar os cuidados a estes doentes contribuindo para manter ou melhorar a funcionalidade e consequentemente a sua qualidade de vida.

Este estudo contribuiu para alertar sobre a importância de investigar os diversos fatores inerentes à perda de funcionalidade nos doentes com AR, fornecendo um fio-condutor no desenvolvimento de esforços multidisciplinares que permitam orientar a intervenção junto destas pessoas, no sentido de prevenir, o mais precocemente possível, e/ou minimizar as incapacidades resultantes da doença.

No âmbito destes cuidados, a presença e a competência desenvolvida pelo enfermeiro especialista em reabilitação na consulta de reumatologia constituirá, em nossa opinião, uma mais-valia fundamental. Ainda no âmbito das suas competências, o enfermeiro especialista em reabilitação deve incentivar e contribuir para a implementação de projetos de investigação-ação que permitam aprofundar conhecimentos e em simultâneo desenvolver estratégias de ação que traduzam uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buela-Casal, G., & Sanchez, A. I. (2002). *Transtornos del sueño* (pp.159). Madrid: Editorial Síntesis.

Buysse, Daniel J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213. Acedido em <http://www.sleep.pitt.edu/includes/showFile.asp?fltype=doc&flID=1296>.

Corbacho, M.I., & Dapueto, J.J. (2010). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50 (1), 31-43.

Costa, A.F.C., Brasil, M.A.A., Papi, J.A., & Azevedo, M.N.L. (2008). Depressão, Ansiedade e Atividade de Doença na Artrite Reumatóide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48 (1), 7-11. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n1/03.pdf>.

Cunha, M., Ribeiro, A. & André, S. (2016). Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 217, 217: 337 - 343. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.098

Freitas, D.C.C.V, Mansano-Schlosser, T.C., Santos, A.A., Neri, A.L., & Ceolim, M.F. (2013). Associação entre sintomas de insônia e artrite reumatóide em idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (4), 869-75.

Freitas, E.V., & Miranda, R.D. (2011). Avaliação geriátrica ampla. In E.V. Freitas, & L. Py (Ed.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 970-978). Rio de Janeiro: Guanabara KooGan.

Jovanovic, J., Stojanovic, M., Jovanovic, V., Dimic, A., Božilov, S., Stamenkovic, B., & Milenkovic, S. (2015). Influence of disease activity on functional capacity in patients with rheumatoid arthritis. *Vojnosanit Pregl*, 72 (1), 21-25.

Løppenthin, K., Esbensen, B. A., Jennum, P., Østergaard, M., Tolver, A., Thomsen, T., & Midtgaard, J. (2015). Sleep quality and correlates of poor sleep in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*.

Lucas, R., & Monjardino M.T. (2010). O Estado da Reumatologia em Portugal: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas. Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas. Acedido em http://pns.dgs.pt/files/2010/05/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf.

Luyster, F.S., Chasens, E.R., Wasko, M.C.M. & Dunbar-Jacob, J. (2011). Sleep quality and functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Sleep Med*, 7 (1), 49-55.

ARTRITE REUMATÓIDE: IMPLICAÇÕES NA FUNCIONALIDADE DAS PESSOAS

- Martins, R. M. L., & Mestre, M. A. (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Millenium*, 47 (Jun./Dez.), 153-162.
- Martins, S., C., S. (2012). Avaliação Clínica e Psicológica de uma amostra de doentes com Artrite Reumatoide e Fibromialgia (Dissertação de mestrado em Medicina, Universidade da Beira Interior. Acedido em <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1112/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Silvia%20Martins.pdf>.
- Miranda, L.C., Santos, H., Ferreira, J., Coelho, P., Silva, C., & Saraiva-Ribeiro, J. (2012). Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port.* 37 (2), 134-42.
- Oliveira, L.M., Natour, J., Roizenblatt, S., Poli de Araújo, P.M., & Ferraz, M.B. (2015). Acompanhamento da capacidade funcional de pacientes com artrite reumatóide por três anos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 55 (1), 62-67.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: OE. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Pinto, E. M., & Martins, R. M. L. (2013) Regresso do doente ao domicílio: Importância do nível de dependência e do apoio familiar. *Servir*, 58 (1-2), 79-87.
- Reis, C.C.P. (2011). Aspetos Parcelares da Epidemiologia da Artrite Reumatóide (Dissertação de mestrado em Biologia Humana e Ambiente, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/4608>.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos publicados em Português. Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, R.A., Reis, P., Rebelo, L., Dias, F.C., Rosa, C.M., & Queiroz, M.V. (1996). "Health assessment questionnaire" (versão curta): adaptação para língua Portuguesa e estudo da sua aplicabilidade. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 21 (76), 15-20. Acedido em http://www.actareumatologica.pt/repositorio/pdf/1996_Vol%20XXI_n%2076_Jan-Mar.pdf.
- Sariyildiz, M. A., Batmaz, I., Bozkurt, M., Bez, Y., Cetincakmak, M. G., Yazmalar, L.,... Celepkolu, T. (2014). Sleep quality in rheumatoid arthritis: relationship between the disease severity, depression, functional status and the quality of life. *J. Clin Med Res and Elmer Press INC*, 6 (1), 44-52.
- Taylor-Gjevre, R.M., Gjevre, J.A., Nair, B., Skomro, R., & Lim, H.J. (2011). Components of sleep quality and sleep fragmentation in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Musculoskelet. Care*, 9 (3), 152-159.
- Vlieland, T.P.M. V., & Pattinson, D. (2009). Non-drug therapies in early rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 23 (1), 103-116.
- Wasserman, A.M. (2012). Diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. *Postgraduate Medicine*, 38 (5), 16-23.
- Wickrematilake, G.W.G., & Wijeratne, L. (2013). Assessing the impact of rheumatoid arthritis on quality of life in a group of patients attending a rheumatology clinic in Sri Lanka. *Indian Journal of Rheumatology*, 8, 14-18.

VULNERABILIDADE AO STRESS NA PESSOA COM ESCLEROSE MULTIPLA
VULNERABILITY TO STRESS IN THE PERSON WITH MULTIPLE SCLEROSIS*Ana Geraldo^{1,4}**Carlos Albuquerque^{2,3}**Rosa Martins²**Isabel Bica²**Olivério Ribeiro²**António Dias²*¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra²CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu³CIEC, Universidade do Minho, Portugal⁴CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research**RESUMO****INTRODUÇÃO**

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença neurológica que ao estar associada a dificuldades de ajustamento, devido à falta de cura e à deterioração dos sintomas, leva com frequência a reconhecidas consequências biopsicossociais.

OBJECTIVO

Avaliar a vulnerabilidade ao stress na pessoa com esclerose múltipla.

MÉTODOS

Conceptualizámos um estudo transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, tendo recorrido a uma amostra constituída por 54 portadores de EM, maioritariamente do género feminino (61.1%), já com sequelas da doença (68.5%), e com uma média de idades de 42.11 anos (Dp=11.728). O instrumento de recolha de dados, além de uma Ficha de caracterização sócio-demográfica e clínica, incorporou escalas aferidas e validadas para a população portuguesa: Escala de Vulnerabilidade ao Stress (23QVS) e Escala Multiple Sclerosis Quality of Life (MSQoL-54).

RESULTADOS

Tendo por referência o ponto de corte da 23QVS, os resultados evidenciam que 48.1% dos utentes inquiridos manifestam estados de vulnerabilidade ao stress, expressando-se esta vulnerabilidade sobretudo em duas dimensões, com valores médios mais elevados: “carência de apoio social” (\bar{x} =2.06) e “condições de vida adversas” (\bar{x} =3.67). A vulnerabilidade ao stress, é significativamente maior nos sujeitos do sexo feminino, casados ou em união de facto, empregados e já com sequelas da doença. Já o efeito da idade não se revelou estatisticamente significativo.

CONCLUSÕES

As inferências resultantes deste estudo convidam-nos a entrar neste mundo subjectivo onde se torna imprescindível um rigoroso conhecimento não apenas das características clínicas da doença, como também das suas implicações, no sentido da implementação precoce de um programa de prevenção de complicações, que potencie a melhor qualidade de vida do utente portador de EM.

PALAVRAS-CHAVE

Esclerose Múltipla; Complicações; Qualidade de Vida; Vulnerabilidade ao Stress; Prevenção; Mensuração.

VULNERABILIDADE AO STRESS NA PESSOA COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

ABSTRACT

INTRODUCTION

The multiple sclerosis (MS) is a neurological disease that to be associated with adjustment difficulties, due to the lack of healing and the deterioration of symptoms, take often recognized biopsychosocial consequences.

OBJECTIVE

Evaluate the Vulnerability to Stress in Person with Multiple Sclerosis.

METHODS

We have made a cross-sectional study, descriptive-correlational, quantitative in nature, having resorted to a sample consisting of 54 patients, mostly female (61.1%), with sequelae of the disease (68.5%), and with an average age of 42.11 years (Dp=11.728). The data collection instrument, in addition to the socio-demographic and clinical characterization, incorporated scales measured and validated for the Portuguese population: scale of vulnerability to Stress (23QVS) and scale Multiple Sclerosis Quality of Life (MSQoL-54).

RESULTS

With reference to the cohort of 23QVS point, the results show that 48.1% of clients surveyed seal expressed vulnerability to stress States, expressing this vulnerability particularly in two dimensions, with higher average values: "lack of social support" (\bar{x} =2.06) and "adverse living conditions" (\bar{x} =3.67). The vulnerability to stress, is significantly higher in female subjects, married on fact union, and employes with sequelae of the disease. Already the effect of age not revealed statistically significant.

CONCLUSIONS

The inferences arising from this study invite us to enter this world hybridity where it becomes imperative that a rigorous knowledge not only of the clinical features of the disease, as well as the implications for early implementation of a program for the prevention of complications, which enhance the quality of life of the wearer in carrier.

KEYWORDS

Multiple Sclerosis; Complications; Quality of Life; Vulnerability to Stress; Prevention; Mesuration.

INTRODUÇÃO

As investigações ao nível das doenças neurológicas de carácter desmielinizante, e mais especificamente na área da Esclerose Múltipla (EM), têm suscitado, dentro da comunidade científica, um crescente interesse e uma aceitação geral em vários domínios. A EM é uma doença crónica incapacitante, inflamatória, do Sistema Nervoso Central, auto-imune, de origem ainda desconhecida, para a qual não está disponível tratamento curativo (Furtado & Tavares, 2005; Machado et al., 2010)^{1,2} e de evolução imprevisível caracterizada por uma variedade de sintomas físicos, psicológicos e sociais, pelo que necessita de um acompanhamento centrado na pessoa e na respectiva família, de modo a proporcionar uma adequada resposta às dúvidas e vicissitudes que vão surgindo (Sá & Cordeiro, 2008)³.

Estima-se que em Portugal a prevalência desta patologia seja superior a 5.000 portadores (Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla, 2010)⁴, cuja sintomatologia, apesar de variar de indivíduo para indivíduo, implica vários sistemas (Rodrigues, Nielson & Marinho, 2008)⁵. Como manifestações clínicas mais comuns temos: fadiga, alterações motoras, alterações visuais, alterações sensoriais, alterações cognitivas, alterações cerebelosas, alterações do sistema nervoso autónomo e alterações mentais (Oliveira, Santos, Fenelon & Penha-Silva,

2007; Pedro & Pais-Ribeiro, 2010; Rodrigues, 2008; Sá & Cordeiro, 2008; Soares, 2006)^{6,7,8,3,9}.

Respeitante ao prognóstico da doença, esta é variável e a única certeza é a sua imprevisibilidade (Hawkins & McDonnell, 1999)¹⁰. Em concreto, após um diagnóstico de EM, o indivíduo altera toda uma dinâmica, modifica comportamentos, tanto a nível pessoal como familiar, tenta adaptar-se a uma nova realidade, levando a uma alteração da QDV e acarretando consequências biopsicossociais. Neste sentido, a deterioração dos sintomas e a falta de cura faz da EM uma doença bastante stressante e as dificuldades de ajustamento são mais prevalentes, pelo que a compreensão do impacto da EM passa sobretudo pelo conhecimento da forma como cada indivíduo perceciona a sua condição de saúde, pela análise das diferentes variáveis que afectam a sua vida e pelas estratégias que adopta para fazer face à mudança ou ao progressivo agravamento da sua condição. No estudo previamente realizado por Cruz, Monteiro, Ferreira e Mendes (2004)¹¹, a análise da relação entre a variável vulnerabilidade ao stress e QDV evidencia a existência de uma relação inversa. Partindo deste enquadramento, o presente estudo torna-se então imprescindível na aquisição de novos conhecimentos que fundamentem a implementação de novas estratégias com vista à promoção da saúde e bem-estar, não só

VULNERABILIDADE AO STRESS NA PESSOA COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

a nível do indivíduo, como dos seus familiares e pessoas que os rodeiam.

MÉTODOS

O estudo é de natureza quantitativa, descritivo-correlacional e de matriz transversal. A variável dependente é a QDV da pessoa portadora de EM e as independentes agrupam um conjunto de variáveis de contexto sócio-demográfico (género, idade, área de residência, estado civil, composição do agregado familiar, coabitação familiar, habilitações literárias, situação e satisfação laboral, profissão e operacionalização da mudança de emprego devido à doença), de contexto clínico (duração da doença, idade no início da doença, doença/as associada/as, sequelas da doença, esquema terapêutico instituído, cumprimento da prescrição médica) e psicossocial (vulnerabilidade ao stress).

PARTICIPANTES

Recorrendo a uma amostragem do tipo não probabilística, acidental ou de conveniência, participaram no estudo 54 pessoas portadoras de EM (21 do género masculino e 33 do género feminino), na sua maioria casados (72.2%), empregados (37.0%), com um agregado familiar maioritariamente composto por duas pessoas (37.0%), já com sequelas da doença (68.5%) e com uma média de idades de 42.11 anos ($Dp=11.728$). Como critérios de inclusão foram considerados: portadores com idade superior a 18 anos; com diagnóstico definido de EM, em diferentes estádios de evolução da doença; com o diagnóstico clínico de doença há pelo menos um ano; que não possuam qualquer outro tipo de doença grave incapacitante; e que não tenham problemas que afectem a capacidade cognitiva e expressão oral.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A escolha do referencial de instrumentos de mensuração foi baseada na natureza dos fenómenos que se pretendiam estudar e nas suas qualidades psicométricas, tendo-se para tal recorrido: a uma ficha de caracterização sócio-demográfica/clínica; à escala Multiple Sclerosis Quality of Life (MSQoL-54) (Vickrey, Hays, Harooni, Myers & Ellison, 1995¹², versão portuguesa de Pedro e Pais-Ribeiro (2008)¹³ e à escala da Vulnerabilidade ao Stress (23QVS).

A MSQoL-54 é uma escala constituída por 54 itens, combinando itens da escala de avaliação de qualidade de vida genérica, o 36-Item Health Survey (SF-36), com outros itens relevantes e específicos na EM (18 itens), que geralmente expressam sintomas da doença. Os 54 itens da MSQoL-54 estão distribuídos por escalas que avaliam diferentes dimensões da QDV relacionada com a saúde: funcionamento físico (10 itens: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), desempenho físico (4 itens: 13, 14, 15, 16), dor corporal (3 itens: 21, 22, 52), saúde geral (5 itens: 1, 34, 35, 36, 37), vitalidade (5 itens: 23, 27, 29, 31, 32), funcionamento social (3 itens: 20, 33, 51), desempenho emocional (3 itens:

17, 18, 19), saúde mental (5 itens: 24, 25, 26, 28, 30), distress (4 itens: 38, 39, 40, 41), funcionamento cognitivo (4 itens: 42, 43, 44, 45), funcionamento sexual (5 itens: 46, 47, 48, 49, 50), qualidade de vida em geral (2 itens: 53, 54) e transição de saúde (1 item). A cotação da MSQoL-54 consiste na soma dos itens de cada dimensão. Um resultado baixo nas dimensões funcionamento físico, desempenho físico, desempenho emocional, funcionamento cognitivo, distress e qualidade de vida em geral significa mais limitações ou pior funcionamento nas referidas dimensões. Um resultado baixo nas dimensões dor corporal, saúde mental, vitalidade, saúde geral, funcionamento social, funcionamento sexual e transição de saúde significa menos dor ou melhor funcionamento nas referidas dimensões. A MSQoL-54 apresenta alfas entre 0.75 e 0.96 excepto na função social (0.68).

A vulnerabilidade ao stress foi medida através da Escala da Vulnerabilidade ao Stress (23QVS), de Vaz Serra (2000)¹⁴, a qual é uma escala unidimensional, constituída por 23 questões, de tipo Likert. Através da mesma é possível identificar várias dimensões que respondem pela vulnerabilidade ao stress, tais como: o perfeccionismo e a intolerância à frustração; a inibição e dependência funcional; a carência de apoio social; as condições de vida adversas; a dramatização da existência; a subjugação e a deprivação de afecto e rejeição. Um valor de 43 constitui um ponto de corte, acima do qual a pessoa se revela vulnerável ao stress. A 23QVS apresenta uma boa consistência interna, com um coeficiente de Cronbach 0.824 para o total da escala.

PROCEDIMENTOS

Para o tratamento informático dos dados, foi usado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 17.0, para Windows, recorrendo a medidas descritivas e a testes paramétricos e não-paramétricos, para a interpretação dos resultados. Foram cumpridos os procedimentos éticos subjacentes a um projecto de investigação desta natureza, tendo o mesmo sido objecto de parecer favorável emitido pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

RESULTADOS

A amostra da presente investigação, constituída por 54 portadores de EM, é maioritariamente do género feminino (61.1%), com uma idade média de 42.11 anos ($Dp=11.728$). A faixa etária predominante consistiu entre 32 e 43 anos (33.3%), sendo a idade mínima de 20 e a máxima de 67 anos. O estado civil predominante foi o casado (72.2%), seguido do solteiro (22.2%). O agregado familiar é maioritariamente composto por duas pessoas (37.0%), seguindo-se o que integra quatro pessoas (27.8%). Quanto ao nível educacional a amostra em estudo é heterogénea, abrangendo indivíduos desde o 1º ciclo (Básico) ao doutoramento, sendo o secundário o ciclo de estudos mais representativo, com 15 participantes (27.8%). Laboralmente é de referir que 37.0% se mantém no activo, mas 18.5% encontra-

VULNERABILIDADE AO STRESS NA PESSOA COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

se em situação de desemprego. Em relação ao diagnóstico, o estudo evidenciou que a média do número de anos de doença dos participantes é de 9 anos, oscilando entre 1 e 26 anos ($Dp=6.4$), em que a média da idade dos participantes no início da doença é de 33 anos. Numa amostra de 54 indivíduos, 70.4% têm um esquema terapêutico instituído. As intervenções farmacológicas, modificadoras da doença, são realizadas por vários fármacos. O fármaco mais utilizado por 8 indivíduos (14.8%) foi o Copaxone®. As sequelas causadas pela doença são uma realidade para 37 indivíduos (68.5%), sendo o desequilíbrio o mais referido (18.5%), seguindo-se a dificuldade na locomoção e a fadiga com 11.1% e a alteração da sensibilidade com 7.4%. Relativamente à QDV e respectivas dimensões (funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional, saúde mental, distress, funcionamento cognitivo, funcionamento sexual e qualidade de vida em geral), observou-se que os indivíduos perceberam, em média, o seu estado de saúde como mais afectado ao nível das dimensões vitalidade ($\bar{x} = 43.70$) e saúde geral ($\bar{x} = 43.50$), enquanto o funcionamento social ($\bar{x} = 66.82$), a qualidade de vida em geral ($\bar{x} = 62.85$) e o funcionamento sexual ($\bar{x} = 61.11$) foram as dimensões do estado de saúde menos percebidas.

Ao compararmos, através do teste t de Student, a expressão da QDV entre os sujeitos do género masculino e feminino, nas diferentes dimensões, verificou-se que em nenhuma das dimensões existe significância estatística. No que diz respeito à transição de saúde, a maioria (55.6%) refere que a sua saúde é aproximadamente igual, comparativamente à saúde apresentada há um ano atrás.

No que respeita à vulnerabilidade ao stress e respectivos factores (perfeccionismo e intolerância à frustração; inibição e dependência funcional; carência de apoio social; condições de vida adversas, dramatização da existência; subjugação e privação de afecto e rejeição), podemos aferir que na nossa amostra os valores médios encontrados foram relativamente baixos. No entanto, expressou-se esta vulnerabilidade sobretudo em duas dimensões, com valores médios mais elevados: “carência de apoio social” ($\bar{x} = 2.06$) e “condições de vida adversas” ($\bar{x} = 3.67$). O valor médio, encontrado na nossa amostra, foi de 41.9 (Quadro 1). Considerando o ponto de corte 43, verificou-se que os sujeitos não se encontram vulneráveis ao stress, considerando-se capazes de lidar com a sua situação actual.

Quadro 1. Estatísticas da Vulnerabilidade ao Stress, em função do género

Vulnerabilidade ao Stress	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Teste t Student
FACTOR 1 - PERFECCIONISMO E INTOLERÂNCIA À FRUSTRAÇÃO (N=54)									
Masculino	21	7	22	15.24	3.618	-0.48	0.44	23.74	t=-0.347 p=0.730
Feminino	33	0	21	14.79	5.183	-3.38	1.55	35.04	
Total	54	0	22	14.96	4.605	-3.84	2.45	30.78	
FACTOR 2 - INIBIÇÃO E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL (N=54)									
Masculino	21	1	14	6.24	3.767	0.92	-0.54	60.37	t=-0.729 p=0.469
Feminino	33	0	13	6.97	3.486	-0.18	-0.61	50.01	
Total	54	0	14	6.69	3.581	0.40	-1.04	53.53	
FACTOR 3 - CARÊNCIA DE APOIO SOCIAL (N=54)									
Masculino	21	0	6	1.86	1.424	2.38	2.46	76.56	t=-0.787 p=0.435
Feminino	33	0	6	2.18	1.509	0.90	0.08	69.22	
Total	54	0	6	2.06	1.472	1.96	0.73	71.46	
FACTOR 4 - CONDIÇÕES DE VIDA ADVERSAS (N=54)									
Masculino	21	0	8	3.76	2.047	1.02	0.33	54.44	t=0.278 p=0.782
Feminino	33	0	8	3.61	1.983	0.06	-0.92	54.93	
Total	54	0	8	3.67	1.991	0.66	-0.58	54.25	
FACTOR 5 - DRAMATIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA (N=54)									
Masculino	21	1	7	5.38	1.596	-2.21	1.28	29.67	t=-1.385 p=0.172
Feminino	33	0	10	6.21	2.434	-1.15	-0.05	39.19	
Total	54	0	10	5.89	2.169	-1.07	0.40	36.83	
FACTOR 6 - SUBJUGAÇÃO (N=54)									
Masculino	21	4	15	8.57	3.010	0.89	-0.22	35.12	t=1.086 p=0.282
Feminino	33	0	16	7.61	3.288	-0.45	1.65	43.21	
Total	54	0	16	7.98	3.189	-0.08	1.36	39.96	
FACTOR 7 - DEPRIVAÇÃO DE AFFECTO E REJEIÇÃO (N=54)									
Masculino	21	0	8	3.90	2.427	1.12	-0.51	62.23	t=-1.129 p=0.264
Feminino	33	0	9	4.61	2.091	-0.44	0.33	45.36	
Total	54	0	9	4.33	2.232	0.31	-0.65	51.55	
VALOR GLOBAL (N=54)									
Masculino	21	21	62	40.19	10.534	0.55	-0.60	26.21	t=-0.424 p=0.674
Feminino	33	0	60	41.67	13.562	-3.18	2.64	32.55	
Total	54	0	62	41.09	12.387	-2.78	2.28	30.15	

Foram criados dois grupos para permitir uma análise mais aprofundada desta variável, tendo como referência o ponto de corte da 23QDV. Considerámos assim dois grupos: o “não vulnerável” ao stress, com valores compreendidos entre 0 e 42; e o “vulnerável” ao stress, com valores compreendidos entre 43 e 92, tendo-se evidenciado assim 26 participantes (48.1%) com vulnerabilidade ao stress. Inferiu-se também que existe um maior número de mulheres com vulnerabilidade ao stress quando comparadas com os homens (51.5% vs 42.9%) (Quadro 2).

VULNERABILIDADE AO STRESS NA PESSOA COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Quadro 2. Vulnerabilidade ao Stress face ao género

Género	Masculino (n=21)		Feminino (n=33)		Total (n=54)		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Mas	Fem
Vulnerabilidade ao Stress								
Não Vulnerável	12	57.1	16	48.5	28	51.9	0.6	-0.6
Vulnerável	9	42.9	17	51.5	26	48.1	-0.6	0.6

 $\chi^2=0.385; p=0.535$

Em relação à associação entre a vulnerabilidade ao stress e a QDV optámos por realizar correlações de Pearson, tendo-se inferido que existem associações significativas entre QDV e todos os factores da vulnerabilidade ao stress, sendo que quanto menor a vulnerabilidade ao stress, maior é a QDV da pessoa portadora de EM.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A EM é uma doença que envolve muitos mistérios e na maior parte das vezes torna-se incompreensível para o portador e para todos os que o rodeiam, confrontando-se com uma diversidade de situações e mudanças nos seus padrões habituais (Soares, 2006)⁹.

A impossibilidade de previsão dos surtos da EM, passando pela ausência de um tratamento curativo e as alterações geradas pelos frequentes sintomas são causa de depressão, ansiedade e medo. Planear o futuro torna-se difícil e repercute na vida familiar, na vida profissional e nas interações e actividades sociais, tornando-se assim importante o estudo da problemática da vulnerabilidade ao stress no portador desta doença.

A avaliação da vulnerabilidade individual ao stress surge como um factor preditivo de maior probabilidade de ocorrência de perturbações com o stress, nomeadamente perturbações psiquiátricas. Devido ao início precoce da doença, o seu curso progressivo, a sua longa duração, a imprevisibilidade que a caracteriza, passando pela ausência de cura, tem-se tentado estudar não só os factores genéticos, mas também factores psicossociais, nomeadamente a relação com o stress (Mimoso, 2007)¹⁵.

Actualmente a maioria dos autores é unânime ao considerar que independentemente do tempo de progressão da doença a forma como os sujeitos sentem maior ou menor QDV está fortemente relacionada com índices de depressão; a incidência de transtornos psicológicos é elevada; as representações da doença podem ser formadas em função da experiência pessoal e os indivíduos mais optimistas têm melhores ajustamentos psicológicos à doença e menos distress com a sua saúde (Haase et al., 2004; Rider, Fournier & Bensing, 2004; Sousa & Pereira, 2007; Cunha, Pina & Albuquerque, 2012).^{16, 17, 18, 19}

Do estudo realizado pode-se concluir que o perfil da população é: indivíduo do sexo feminino, com uma média de 42 anos, casado, empregado, residente em meio urbano, sem doenças crónicas associadas, já com sequelas da doença, com uma média de idade no início da doença de 33 anos.

A relação entre a QDV e as dimensões da vulnerabilidade ao stress: perfeccionismo e intolerância à frustração; inibição e dependência funcional; carência de apoio social; condições de vida adversas; dramatização da existência; subjugação e privação de afecto e rejeição revelam associação, assim como a relação inversa entre elas, confirmando que quanto maior for a vulnerabilidade ao stress menor é a QDV do portador de EM. Para além do tratamento especializado, deve ser oferecido ao utente um cuidado humanizado, sintonizado com as incertezas e sofrimentos gerados pela doença.

Parece-nos também pertinente a implementação e/ou reforço de redes biopsicossociais de apoio à pessoa portadora de EM assim como, à sua família, na medida que as intervenções psicológicas podem ser bastante eficazes na melhoria da QDV destes indivíduos.

O prestador de cuidados também sofre uma enorme pressão, podendo desenvolver também níveis significativos de sobrecarga, afectando em simultâneo as suas actividades de lazer, as relações sociais, as amizades, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional (Soares, 2006)⁹. Assim, consideramos que é de extrema importância a realização de todo um trabalho multidisciplinar junto da família do portador de EM.

As inferências resultantes deste estudo convidam-nos a entrar neste subjectivo mundo onde se torna imprescindível um rigoroso conhecimento não apenas das características clínicas da doença, como também das suas implicações, no sentido da implementação precoce de programas de prevenção de complicações, que potencie a melhor QDV.

Destacamos a escassez bibliográfica relacionada com a vulnerabilidade ao stress nos portadores de EM em Portugal, podendo, neste sentido, este estudo ser um instrumento de reflexão e um ponto de partida para estudos mais alargados nesta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Furtado, O.C. & Tavares, M.F. (2005). Esclerose múltipla e exercício físico. *Acta Fisiátrica*, 12 (3), 100-106.
2. Machado, A., Valente, F., Reis, M., Saraiva, P., Silva, R., Martins, R., ... Rodrigues, T. (2010). Esclerose múltipla. Implicações sócio-económicas. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 631-640.
3. Sá, J.C. & Cordeiro, C. (2008). Esclerose Múltipla (Colecção Compreender a Doença, Nº7). Porto: Ambar.
4. Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla. (2010). Estudo: Empregabilidade e Esclerose Múltipla. Acedido em 22, março, 2013, em <http://www.spem.org>.
5. Rodrigues, I.F., Nielson, M.B. & Marinho, A.R. (2008). Avaliação da fisioterapia sobre o equilíbrio e a qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla. *Revista Neurociências*, 16 (4),

VULNERABILIDADE AO STRESS NA PESSOA COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

269-274.

6.Oliveira, M.R., Santos, D.F., Fenelon, S.B. & Penha-Silva, N. (2007). Uso da rosuvastatina em esclerose múltipla. *Revista Neurociências*, 15 (3), 246-250.

7.Pedro, L. & Pais-Ribeiro, J.L. (2010). Implicações da situação profissional na qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, 4 a 6 de Fevereiro, 1286-1294.

8.Rodrigues, A. (2008). Aprender a viver melhor com... Esclerose Múltipla. Tomar.

9.Souares, M.S. (2006). *Qualidade de Vida e Esclerose Múltipla*. Coimbra: Formasau.

10.Hawkins, S.A. & McDonnell, G.V. (1999). Benign Multiple Sclerosis? Clinical course, long term follow up, and assessment of prognostic factors. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 67 (2), 148-152.

11.Cruz, S., Monteiro, A., Ferreira, S. & Mendes, A. (2004). Qualidade de vida em doentes com esclerose múltipla: estudo da influência da vulnerabilidade e da resiliência ao stress na sua avaliação. *Psiquiatria Clínica*, 25 (2), 107-114.

12.Vickrey, B.G., Hays, R.D., Harooni, R., Myers, L.W. & Ellison, G.W. (1995). A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Qual Life Res.*, 4 (3), 187-206.

13.Pedro, L. & Pais-Ribeiro, J.L. (2008). Características psicométricas dos instrumentos usados para avaliar a qualidade de vida na esclerose múltipla: uma revisão bibliográfica. *Fisioterapia e Pesquisa*, 5 (3), 309-314.

14.Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 279-308.

15.Mimoso, T. (2007). Qualidade de vida nos utentes com esclerose múltipla – Qual a intervenção da fisioterapia?. *ESSFisioline*, 3 (4), 36-56.

16.Haase, V.G., Lacerda, S.S., Lima, E.P., Corrêa, T.D., Brito, D.C. & Lana-Peixoto, M.A. (2004). Avaliação do funcionamento psicossocial na esclerose múltipla. Características psicométricas de quatro medidas de auto-relato. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 62 (2-A), 282-291.

17.Ridder, D., Fournier, M. & Bensing, J. (2004). Does optimism affect symptom report in chronic disease? What are its consequences for self-care behaviour and physical functioning? *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (3), 341-350.

18.Sousa, C. & Pereira, M.G. (2007). Representações da doença, ajustamento à doença, qualidade de vida, morbilidade psicológica e satisfação marital em adultos com esclerose múltipla. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 123-138.

19.Cunha, M.; Pina, F. & Albuquerque, C. (2012). Vulnerability to stress and quality of life in patients following Acute Myocardial Infarction. *European Journal of Epidemiology*. Vol. 27, Supplement 1, September 2012, sp. 177-178. DOI 10. 1007/s12529-012-9247-0

QUALIDADE DE VIDA DOS OSTOMIZADOS: PERFIL PSICOLÓGICO
OSTOMIZD QUALITY OF LIFE: PSYCHOLOGICAL PROFILE

Olivério Ribeiro¹
Madalena Cunha^{1,2}
António Dias¹
Carlos Albuquerque^{1,2}
Estudantes 19º CLE, ESSV, IPV

¹CI & DETS da Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Viseu

²CIEC, Universidade do Minho, Portugal

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A ostomia é uma abertura criada cirurgicamente para conectar um órgão interno à superfície do corpo, podendo ser temporária e definitiva. Com a construção do estoma surgem várias mudanças ao nível social, familiar e, principalmente psicológico influenciando a qualidade de vida dos Ostomizados. Deste modo revelou-se pertinente a realização de um estudo que estudasse esta problemática.

OBJETIVO

Avaliar a Qualidade de Vida (QdV) das pessoas com ostomia; Averiguar a influência das variáveis psicológicas (autoconceito e autoestima) na QdV.

MÉTODOS

É um estudo quantitativo, descritivo-analítico, com corte transversal. A recolha de dados foi realizada numa amostra constituída por 104 ostomizados, dos quais 55,77% do sexo masculino e 44,23%, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 91 anos, sendo a média de 64 anos.

RESULTADOS

No que respeita às variáveis psicológicas, constatamos que quanto melhor o autoconceito ($r=0,667$; $p=0,000$) e a autoestima global ($r=0,656$; $p=0,000$) melhor é QdV.

Inferimos ainda que as variáveis psicológicas autoconceito e autoestima são preditoras da QdV, explicando respetivamente 44,60%, 43,10% da sua variabilidade.

CONCLUSÕES

Face aos resultados inferimos ser necessário estar atento às necessidades da pessoa ostomizada, bem como ao seu perfil psicológico afim e planear intervenções de saúde que minimizem o efeito da presença da ostomia na QdV do seu portador.

PALAVRAS- CHAVE

Ostomizados; Qualidade de Vida; Autoconceito; Autoestima

QUALIDADE DE VIDA DOS OSTOMIZADOS: PERFIL PSICOLÓGICO

ABSTRACT

INTRODUCTION

An ostomy is a surgically created opening to connect an internal organ to the surface of the body, and may be temporary or definitive. With the construction of the stoma several changes to the social, family and mainly psychological level arise, influencing the quality of life of the ostomized. As such, the realization of a study addressing the problem was proved relevant.

OBJECTIVE

To evaluate the Quality of life (QoL) of people with Ostomy; Determine the influence of psychological variables (self-concept and self-esteem) on QoL.

METHODS

Data collection was carried out in a sample consisting of 104 definitely ostomized individuals, 58 men and 46 women, aged between 24 and 91 years old, being the average 64 years.

INTRODUÇÃO

A ostomia é uma abertura criada cirurgicamente para conectar um órgão interno à superfície do corpo, podendo ser temporária ou definitiva. A palavra estoma deriva do termo grego stoma que exprime a ideia de boca ou abertura. Colostomia e ileostomia são definidas, respetivamente pela abertura de um segmento cólico ou ileal na parede abdominal, que visa o desvio do conteúdo fecal para o exterior (Lyon & Smith, 2001).

Uma ostomia tem repercussões na Qualidade de Vida (QdV) que a Organização Mundial da Saúde (OMS), através do Whoqol Group (1995) definiu como “a percepção do indivíduo da sua posição de vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p.1403).

A qualidade de vida é um amplo conceito tradutor da saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e fatores ambientais.

Dado o termo qualidade de vida ter surgido com o desenvolvimento dos estudos em saúde, fez com que o

RESULTS

This is a quantitative, descriptive-analytical, with cross section study, whose goals were Data collection was carried out in a sample consisting of 104 ostomized individuals, 55,77% men and 44,23% women, aged between 24 and 91 years old, being the average age 64 years.

In what concerns the psychological variables, it was found that the better the self-concept ($r=0,667$; $p=0,000$) and self-esteem ($r=0,656$; $p=0,000$) the best is QoL.

We also infer that the psychological variables (self-concept and self-esteem) are predictive of QoL, respectively explaining 44.60% and 43.10% of its variability.

CONCLUSION

Given the results we infer that it is necessary to be attentive to the needs of the ostomized person, as well as to their psychological profile in order to plan health interventions that minimize the effect of the ostomy presence in their carrier's QoL.

KEYWORDS

Ostomy; Quality of life; Self-concept and; Self-esteem

conceito se popularizasse e se generalizasse a ambientes clínicos, emergindo um outro conceito, o de qualidade de vida relacionada com a saúde.

Este conceito é atualmente muito utilizado na literatura especializada, podendo ser definido como sendo um fenómeno multifacetado que inclui, não só, o funcionamento físico e ocupacional, o estado psicológico e a inteiração social, mas também, as sensações somáticas, em particular a dor (Cunha-Nunes, 2004).

Esta definição permite operacionalizar as diversas variáveis que fazem parte da qualidade de vida relacionada com a saúde e medir o impacto da doença, do seu tratamento e reabilitação nos vários domínios, tendo em atenção que flutua ao longo do tempo e que é subjetiva, isto é, que se deve centrar na pessoa doente. (Cunha-Nunes, 2004).

Na opinião de Pais-Ribeiro (1994), apresenta dois sentidos distintos: No sentido geral, refere-se à qualidade de vida que está dependente das doenças que os indivíduos têm, e analisa a contribuição dessa doença, e do seu tratamento para a qualidade de vida dos indivíduos; no sentido específico, refere-

QUALIDADE DE VIDA DOS OSTOMIZADOS: PERFIL PSICOLÓGICO

se às limitações, ou ao modo como cada doença específica afeta a qualidade de vida.

Da revisão apresentada, emerge que a qualidade de vida é uma dimensão cada vez mais importante nos resultados das intervenções clínicas, a ponto de se ter tornado mais importante saber se os indivíduos que vivem com uma doença crónica conseguem viver o seu dia-a-dia de uma maneira satisfatória do que saber se os doentes sobrevivem ou não. É o caso das pessoas ostomizadas, cuja qualidade de vida pretendemos estudar, sendo grande importância verificarmos se as variáveis psicológicas que influenciam a qualidade de vida dos Ostomizados. O autoconceito e a autoestima, são algumas das variáveis psicológicas em estudo.

MÉTODOS

Estudo realizado para avaliar a influência das variáveis psicológicas (autoconceito e autoestima) na Qualidade de Vida em doentes ostomizados, de carácter transversal e descritivo. Foi desenvolvido numa amostra de 104 doentes com idades compreendidas entre os 24 e os 91 anos, média de 64 anos, 55,8% do sexo masculino e 44,2% feminino.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para realização da colheita de dados recorremos a um conjunto de escalas adaptadas e validadas para a população portuguesa, tais como: Questionário da Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF; Inventário Clínico de Auto-Conceito; Questionário de Autoestima.

PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS, FORMAIS E ESTATÍSTICOS

O estudo obteve autorização das instituições de saúde para recolha de dados junto dos utentes em consulta de enfermagem de follow-up.

Posteriormente procedeu-se ao contacto pessoal com cada um participante e à entrega do Termo de Consentimento Informado onde era fornecida informação detalhada sobre o estudo e assegurada confidencialidade.

Na análise estatística dos dados foi utilizado como suporte informático, o programa STATA 4.0.

RESULTADOS

Como características da QdV das pessoas definitivamente ostomizadas verificamos que 41,35% apresentam fraca qualidade de vida (QdV), 19, 23%, razoável QdV e apenas 39,42% apresentam uma elevada QdV.

Relativamente às características psicológicas dos ostomizados, verificamos que um percentual significativo de ostomizados apresentam autoconceito e auto-estima positivos, respetivamente com 55,71% e 52,88%, contudo 44,23% apresentam fraco auto-conceito e 47,12% apresentam baixa autoestima global (cf. Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das Variáveis Psicológicas

Variáveis Psicológicas	Total	
	N	%
Autoestima		
Baixa	49	47,12
Razoável	22	21,15
Elevada	33	31,73
Autoconceito		
Fraco	46	44,23
Razoável	14	13,46
Elevado	44	42,31
Total	104	100,00

Na relação entre as variáveis psicológicas e Qualidade de Vida, verificamos que quanto melhor for o autoconceito melhor a QdV dos Ostomizados ($r=0,667$; $p=0,000$; $t=9,059$; $p=0,000$), sendo a variância da QdV de 44,60%.

Na variável autoestima global, constatamos que quanto melhor for, melhor é a QdV, tendo uma variância de 43,10%, ($r=0,656$; $p=0,000$; $t=8,785$; $p=0,000$) (cf. Tabela 2).

Tabela 2: Influência das Variáveis Psicológicas na QdV

Variáveis	(r ²)%	r	p	t	p
Autoconceito	44,60%	0,667	0,000	9,059	0,000
Auto estima global	43,10%	0,656	0,000	8,785	0,000

Inferimos ainda que as variáveis psicológicas autoconceito e autoestima são preditoras da QdV, explicando respetivamente 44,60%, 43,10% da sua variabilidade.

com o seu perfil psicológico, minimizando o efeito da presença da Ostomia sobre QdV do seu portador.

DISCUSSÃO

Da análise dos resultados do presente estudo verificámos que quando o ostomizado tem um melhor autoconceito a sua QdV melhora. O facto do colostomizado ser ajudado através de atitudes positivas, sendo valorizadas as suas capacidades e enfatizadas as suas virtudes, fortalece o autoconceito do mesmo tal como referem Bróis & Martins (2007, p.18).

Relativamente à relação entre a autoestima do Ostomizado e a QdV, os resultados do estudo mostraram que as variáveis se correlacionam. Estes resultados são concordantes com os estudos de Braden (1999), cit. in Moser et al. (2002, p.171) e neste sentido, ter uma autoestima elevada é sentir-se confiantemente adequado à vida. Neste sentido, reflete a atenção que as pessoas têm de ter com a sua ostomia de modo a auto cuidarem-se com zelo e dedicação por forma a sentirem-se bem consigo e com os outros. Em sentido inverso, uma baixa autoestima é desleixo consigo próprio e consequentemente, sentir-se inadequado e desajustado do meio em que se insere.

Bróis & Martins (2007) inferiram que ao incentivar a pessoa

QUALIDADE DE VIDA DOS OSTOMIZADOS: PERFIL PSICOLÓGICO

colostomizada a manter os seus estilos de vida, o enfermeiro contribui para que a pessoa se sinta melhor com o seu corpo, refletindo-se no seu bem-estar psicológico, aumentando a sua autoestima e melhorando a sua imagem corporal.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science e Medicine*, 41 (10), 1403-1409.

CONCLUSÃO

O estudo sugere que as pessoas ostomizadas que apresentam fraco autoconceito e baixa autoestima pontuaram com implicações na sua qualidade de vida.

A implementação de medidas em termos de intervenções de saúde torna-se necessária, pois só assim se poderá colmatar as necessidades psicológicas da pessoa Ostomizada, de acordo com o seu perfil psicológico, minimizando o efeito da presença da Ostomia sobre QdV do seu portador.

AGRADECIMENTOS

FCT, CI&DETS, Superior School of Health, Polytechnic Institute of Viseu.

Os autores agradecem ainda a colaboração dos Estudantes Andreia Azevedo, Fernando Santos, Filipa Castro, Filipa Simões, Joana Lopes, Sophie Sabença, Estudantes 19º CLE, ESSV-IPV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bróis, P. & Martins A. (2007, Fevereiro). O papel do enfermeiro na promoção da qualidade de vida da pessoa colostomizada. *Nursing*. 218 (16-20).

Cainé, J. (2008, Janeiro). Viver com uma ostomia: o processo de integração da nova condição de saúde. *Enfermagem Oncológica*. 41, (8-10).

Cunha-Nunes, M.M.J. (2004). Qualidade de Vida e Diabetes: Variáveis Psicossociais. Tesis Doctoral, apresentada à Universidad de Extremadura em 2004.

Lyon, C. & Smith A. (2001). *Abdominal Stomas And Their Skin Disorders*. United Kingdom: Martin Dunitz Ltd.

Moser, A., Guerber, C., Faszank, F., Leonardi, A., Cardoso, M. (2002). Desenvolvimento de habilidades sociais em idosos residentes em um asilo na Cidade da Lapa- Pr. In 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. "A saúde numa perspectiva de ciclo de vida". Lisboa 2-5 Outubro (175-182).

Pais-Ribeiro, J.L. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: Associação de Psicólogos Portugueses, p. 33-55

Vickery, C., Gontkovsky, S. & Caroselli, J. (2005, Agosto). Self-concept and quality of life following acquired brain injury: A pilot investigation. *Brain Injury*. 9 (19), 657-665.

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES
FIBROMYALGIA IMPACT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS

Rosa Martins¹
Andreia Henriques²
Ana Andrade¹
Helena Moreira¹
Carlos Albuquerque^{1,3}
Madalena Cunha^{1,3}
Olivério Ribeiro¹

¹CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

²Centro Hospitalar Tondela Viseu

³CIEC, Universidade do Minho, Portugal

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa e crónica, com impacto negativo na Qualidade de Vida dos Doentes.

OBJETIVO

Identificar o impacto e fatores determinantes da fibromialgia na qualidade de vida dos Doentes.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, não experimental, transversal e descritivo-correlacional. A amostra é constituída por 140 doentes com FM, inscritos na consulta da dor de dois Centros Hospitalares da região centro de Portugal. O protocolo de investigação integra questões de caracterização sociodemográfica, de saúde, e ainda uma escala que avalia o Impacto da Fibromialgia na qualidade de vida dos Doentes.

RESULTADOS

A amostra é maioritariamente (84,2%) feminina, com idade média de 56 anos, baixa escolaridade (6º ano) e em vida laboral ativa. Os dados revelam que o impacto global da FM é relevante (M= 63,76) o que significa má qualidade de vida dos doentes. Os fatores mais determinantes no impacto negativo foram: possuir idade superior a 60 anos ($p=0.000$), estar desempregado/reformado ($p=0.027$) não praticar exercício físico regular ($p=0.001$), sentir dor moderada/intensa, ($p=0.000$) e não efetuar programa de reabilitação ($p=0.016$).

CONCLUSÕES

A FM exerce impacto negativo na qualidade de vida dos Doentes e evidencia a necessidade da implementação de estratégias de intervenção que minimizem a dor, limitem a incapacidade funcional e promovam a qualidade de vida dos doentes fibromiálgicos.

PALAVRAS CHAVE

Fibromialgia; Qualidade de Vida; Doentes; Impacto/Consequências

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES

ABSTRACT

INTRODUCTION

Fibromyalgia (FM) is a chronic and painful syndrome, which manifests itself in the musculoskeletal system and has serious repercussions on cognitive, emotional, physical and social levels with negative impact on the Quality of Life of People.

OBJECTIVE

To analyze the impact of FM on quality of life of people and to verify the extent of socio demographic and clinical influence in quality of life.

METHODS

This is a quantitative, non-experimental, transversal, in a logic of descriptive and correlational analysis. The sample consisted of 70 patients diagnosed with FM, who attend pain clinics in three Hospitals of the Central Region of Portugal. The instrument for data collection is a questionnaire consisting of socio demographic and clinical characterization, assessment of pain and Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Results

The sample is mainly female (84,3%), lives together, has an average age of 56.97 years, has the 4th school grade and is working on average 8h/day. The data reveal that the variables that influenced the quality of life are: age, employment status, the "way they live"; practicing physical exercise and the pain intensity, being this last the one that represents the largest association.

INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é uma situação clínica relativamente recente, que tem suscitado múltiplas controvérsias e incompreensões, apesar do grande desenvolvimento científico e tecnológico que tem ocorrido nas ciências da saúde. Nos últimos trinta anos, os estudos relativos à FM foram alvo de várias publicações em revistas científicas internacionais, contudo como entidade nosológica só foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde no final da década de 70. A Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia (APDF, 2013) define a doença como uma síndrome crónica caracterizada por queixas dolorosas neuromusculares difusas e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinadas. Estas manifestações são acompanhadas de fadiga, rigidez muscular, perturbações do sono e distúrbios emocionais. Em muitos casos não existem sinais físicos visíveis da doença, nem alterações nos exames complementares de diagnóstico, levando a diagnósticos tardios. Em Portugal, e ainda de acordo com os dados divulgados pela APDF (2013), 2 a 8% da população adulta sofre da doença, e a

CONCLUSIONS

The results support the multidimensionality and variability in the quality of life of patients with FM and show the need for health professionals to promote intervention programs in the community, in order to implement intervention strategies that minimize pain, functional disability and promote the patients with fibromyalgia quality of life.

KEYWORDS

Quality of life, Health Professionals, Functional Disability and Fibromyalgia Impact.

população mais atingida, entre 80 a 90% dos casos são mulheres com idade compreendida entre os 30 e os 50 anos. No âmbito das consultas de Reumatologia a prevalência apontada para a Fibromialgia, é de 10%. No ano de 2012, foi realizado um estudo europeu no âmbito da FM, que envolvia diversos países, e os resultados mostraram que mais de 350 mil portugueses seriam fibromiálgicos. A FM é uma patologia cuja etiologia se mantém indefinida, contudo Neves (2008) enuncia um conjunto de fatores desencadeantes e respetivas frequências, que podem estar na origem desta patologia (cf. quadro 1).

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES

Quadro 1 – Frequência e fatores desencadeantes da FM

Evento	Frequência (%)
Stress crónico	41,9
Trauma emocional	31,3
Doença aguda	26,7
Lesão física	17,1
Cirurgia	16,1
Acidente de Viação	16,1
Abuso emocional e físico enquanto adulto	12,2
Abuso emocional físico enquanto criança	11,9
Patologia tiroideia	10,3
Menopausa	10,1
Abuso sexual na infância	8,7
Parto	7,6
Abuso sexual em adulto	2,9

Hidalgo (2011) apresenta também algumas teorias explicativas que vão desde: alterações neuro-endócrinas e de neurotransmissão, transtornos da tiróide, alterações na produção de melatonina, microtrauma muscular, traumatismos agudos, factores de predisposição genética e de cariz psicológico. De facto a etiologia da FM assenta sobre alicerces tão incertos e multicausais quanto os da sua fisiopatologia. Todavia, a importância atribuída aos fatores sociais, emocionais, familiares, aliados a uma característica de maior resposta aos estímulos dolorosos, baixo nível de condição cardiovascular e performance muscular, têm vindo a ganhar corpo nesse conhecimento. As manifestações clínicas podem ser múltiplas, contudo o sintoma cardinal é a dor (Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia-APDF, 2013). Esta normalmente começa de forma generalizada, mas pode afetar partes específicas do corpo como o pescoço, ombros, região lombar etc. Os sintomas variam em relação à hora e ao dia, podendo ter maior incidência matinal, agravando-se com a actividade física, com as mudanças climáticas, com a falta de sono em situações de stress, etc. A tipologia da dor da fibromialgia pode ser descrita como sensação de queimadura ou mal estar, podendo mesmo ocorrer espasmos musculares (Novaes, 2014).

Os estudos desenvolvidos no âmbito desta temática, têm revelado não existir uma eficácia simultânea de terapêutica farmacológica e não farmacológica, razão pela qual uma abordagem multidisciplinar permitiria a identificação assertiva dos quadros clínicos e contexto psicossocial inerente, de forma a direcionar o tratamento para atingir um nível de qualidade de vida superior (Aguiar, 2008). Neste contexto, o estudo do impacto da FM na qualidade de vida dos Doentes reveste-se de grande importância e relevância científica no sentido de identificar as necessidades dos pacientes e avaliar (estimar, calcular, dimensionar) a efetividade das intervenções.

Martinez et all. (cit. por Matsutani, 2009), levaram a cabo vários

estudos sobre a qualidade de vida dos doentes portadores de FM e concluíram que esta era significativamente menor nestes indivíduos. Esta constatação estava intrinsecamente relacionada com o impacto desta patologia na capacidade funcional para efetuar as atividades de vida diárias (AVD's), maiores limitações no trabalho, maior ansiedade e depressão e pior capacidade de integração social. Posteriormente outros estudos desenvolvidos por diversos autores (Abreu, 2011; Nogerias, Pinto e Arenillas, 2011) mostraram, que a FM condicionava também a capacidade do indivíduo para o trabalho dado que 87% dos pacientes apontava a dor como a principal causa de limitação laboral, seguindo-se a fadiga (80%) e a fraqueza muscular (73%). Concluíram ainda que 74% dos indivíduos, diminuía substancialmente o nível de actividades que desenvolviam usualmente, com prejuízo acentuado na qualidade de vida sendo esta gravemente afetada, quando comparada com a restante população. As dimensões mais afetadas estavam relacionadas com a dor, problemas físicos, a vitalidade e a percepção da saúde em geral.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Qual o impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos seus portadores? Em que medida fatores sociodemográficos e clínicos interferem na qualidade de vida desses Doentes?

MÉTODOS

Estudo quantitativo, não experimental, transversal e descritivo-correlacional, que teve por objetivo Identificar o impacto e fatores determinantes da fibromialgia na qualidade de vida dos Doentes. A amostra utilizada é do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 140 doentes com diagnóstico de FM, (segundo os critérios do American College of Rheumatology -ACR, 1990) inscritos na consulta da dor de dois Centros Hospitalares da região Centro de Portugal e a colheita de dados decorreu de Julho a dezembro de 2014. A maioria (84,3%) da amostra é do género feminino, casada, com idade média de 56 anos e a viver em meio urbano.

O Instrumento de colheita de dados é constituído por 4 secções. A 1ª integra dados de cariz sociodemográfico; a 2ª pretende uma caracterização clínica dos participantes; a 3ª avalia a dor, através da escala das faces e a 4ª e última secção integra o FIQ (Questionário do Impacto da Fibromialgia). Trata-se de um instrumento que foi validado para a população portuguesa por Rosado et al (2006) e permite medir o estado de saúde e a capacidade funcional dos doentes com FM, assim como a sua progressão clínica e resultados terapêuticos. Contém 20 questões que são agrupadas em 10 itens, e os valores do FIQ variam de 0 a 100 pontos. Valores mais elevados na escala correspondem a maior impacto (>50 pontos, má QDV) e pior a qualidade de vida dos doentes.

Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, (com autorizações por parte dos Conselhos de

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES

Administração dos Hospitais e respetivas Comissões de Ética) garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. O tratamento estatístico da presente investigação foi efectuado através do programa Statistical Package Social Science versão 19.0 para o Windows e Word Microsoft, e foi processado utilizando estatística descritiva e estatística inferencial.

RESULTADOS

A amostra do estudo é constituída por 140 participantes, sendo 118 do género feminino e 22 do masculino, apresentando uma média de idades de 56,47 anos. A maioria dos participantes (72,9%) vive acompanhado, reside em meio urbano (51,4%) e tem 6 anos de escolaridade (44,3%). Em termos profissionais 55,8%, desempenha essencialmente funções domésticas e administrativas, encontram-se ainda a trabalhar (59,7%), ou já reformados (29,0%) e o nº de horas de trabalho/dia, varia entre 7 e 10 horas com uma média de 8,5 horas.

Em termos clínicos, os primeiros sintomas surgiram em 63,2% dos participantes há mais de 4 anos, o diagnóstico foi feito em períodos temporais que oscilaram entre 1-3 anos, e as áreas de especialização que efetuaram o diagnóstico foram a reumatologia (62,9%), a ortopedia (25,7%), e a neurologia (11,4%). A multicausalidade percecionada é uma característica dos pacientes com fibromialgia que também está presente nos elementos do nosso estudo. Assim, os dados mostram que, para 25,7% dos nossos inquiridos a causa foi um trauma físico, com igual percentagem causa desconhecida, seguindo-se a depressão (22,9%) e os traumas emocionais (18,6%). No entanto são também referidos situações do tipo, cirurgias (7,1%), uso de medicamentos (11,4%), mudanças no estilo de vida (8,6%), doença ocupacional (5,7%) e herança genética (10,0%).

Os sintomas mais referenciados pelos nossos participantes foram o cansaço/fadiga (98,6%), dores localizadas (94,3%), perturbações do sono (90,0%), e rigidez articular (87,1%). Houve ainda quem referisse (com relevância percentual inferior) outro tipo de sintomas designadamente tristeza, ideias suicidas e sensação de “compressão torácica”. A dor que sentem oscila entre o valor mínimo de 1 e um máximo de 5 ($\bar{x}=3,83$; $Dp=0,79$) numa escala de 0-5 e é condicionada por diversos fatores, com especial relevância pelo esforço físico (88,6%), pelo stress (72,9%), em períodos noturnos (64,3%), e pelo estado emocional (62,9%). De facto o período do dia em que a dor é mais intensa é para a maioria das pessoas o período da noite (57,1%), seguindo-se o período da manhã e o acordar e ao deitar (18,6%). O período da tarde foi o menos referido (%,7%).

A medicação usada por 92,9% dos participantes foram os analgésicos, seguindo-se os relaxantes musculares (71,4%), os anti-inflamatórios (52,8%) e os antidepressivos (50,0%). Não obstante, recorrem a outras medidas terapêuticas alternativas nomeadamente fisioterapia/reabilitação (48,6%), psicoterapia (45,7%), massagem (35,7%), acupunctura (30,0%) e hidroginástica (8,6%).

Verificámos ainda que 50,0% dos inquiridos perceciona a doença como bastante incapacitante para o desenvolvimento das atividades de vida diária, 45,7% moderadamente incapacitante e apenas 2,9% (todos do sexo feminino) a classifica como extremamente incapacitante.

Considerando a variável central do estudo (QDV) podemos verificar (cf. Tabela 1) que os valores globais do FIQ oscilam entre 0 (min) e 90 (max.) com uma média de 63,76 e $Dp=12,37$ o que significa um impacto relevante na vida das pessoas, uma vez que valores acima de 50 pontos correspondem a má qualidade de vida. A análise ao nível das dimensões da escala, revela que a capacidade funcional para realizar as AVDs, é ligeiramente afetada ($\bar{x}=1,95$); que na maioria dos dias da semana não se sentiram bem ($\bar{x}=8,58$); sentiram dificuldades em trabalhar ($\bar{x}=7,34$); referiam dores intensas ($\bar{x}=7,41$); sentiram-se muito cansados ($\bar{x}=7,87$) incluindo o cansaço matinal ($\bar{x}=7,44$); manifestaram rigidez articular ($\bar{x}=7,36$); sentiram ansiedade ($\bar{x}=7,61$) e até depressão ($\bar{x}=7,66$). A dimensão onde o impacto é menor encontra-se ao nível das faltas ao trabalho ($=1,73$).

Tabela 1 – Estatísticas da qualidade de vida dos Participantes.

Dimensões	Min	Máx	\bar{X}	Dp
Capacidade Funcional	1	3	1,95	0,52
Sentir-se bem	4	10	8,58	1,67
Absentismo	0	7	1,73	1,64
Capacidade laboral	4	10	7,34	1,80
Dor	4	10	7,41	1,63
Fadiga	3	10	7,87	1,65
Cansaço Matinal	3	10	7,44	1,79
Rigidez	0	10	7,36	2,00
Ansiedade	3	10	7,61	2,12
Depressão	3	10	7,66	1,99
QDV total	0	90	63,76	12,37

Relativamente à correlação entre variáveis observámos, que o impacto negativo na QDV dos participantes, com significância estatística, se encontrava nos mais idosos (>60 anos, $p=0,000$) naqueles que não praticavam exercício físico ($p=0,001$), nos que percecionavam maiores incapacidades ($p=0,000$) e sentiam dor com maior intensidade ($p=0,000$). Contrariamente o género, as habilitações académicas e os programas de reabilitação, não se correlacionam de forma significativa ($p>0,05$) com a QDV destes Doentes.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo mostrou que a fibromialgia está mais presente nas mulheres (84,2%), à semelhança do que se verifica em diversos estudos, onde o sexo feminino é 5 a 9 vezes mais afetado do que o masculino (Cunha et al.2013; Braga, 2012; Castro, Kitanishi e Skare 2011). Encontramos também associação entre a idade e

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES

o impacto da FM, verificando-se que são as pessoas com idade superior que apresentam pior QDV. Contudo há que considerar que com o avançar da idade são múltiplas as co-morbilidades que se associam às patologias crónicas (Martins & Mestre, 2014) como é a FM, desencadeando auto percepções gradativamente mais negativas sobre o status psíquico, físico e social. De forma análoga, as pessoas que vivem sós apresentam pior QDV, o que reforça as afirmações de Abreu (2011), quando se refere ao suporte social, afirmando que quanto maior for este, menor será o impacto da FM, uma vez que as pessoas com esta patologia, procuram naqueles que lhe são mais próximos, o suporte que necessitam para ultrapassar as consequências que esta patologia traz.

A amostra tem baixo nível de escolaridade, uma vez que 44,3% das pessoas tem apenas o 6º ano de escolaridade: esta variável revelou-se independente no impacto da FM na QDV das pessoas, contudo a forma como se percebe e conceitualiza a QDV difere com o nível de habilitações académicas (Praça, 2012).

Contrariamente aos resultados publicitados por Daraz et al. (2011), em que 69% das pessoas não trabalhava devido às limitações criadas pela FM, neste estudo existe uma tendência divergente, pois 59,7% dos indivíduos encontra-se a trabalhar, 29% está reformado e 11,3% encontra-se desempregado. De facto são dados que não nos surpreenderam, dada a conjuntura atual do país e das crescentes limitações económicas que vão surgindo, sobretudo nas classes económicas mais desprotegidas, onde a manutenção do posto de trabalho se transforma numa questão de sobrevivência. Por outro lado a ocupação profissional constitui uma forma de escape psicológico e de interação social, que se traduz em mais-valias no combate à depressão e baixa autoestima tão frequentes na pessoa com FM.

A prática regular de exercício físico mostrou-se um fator promotor de uma melhor QDV, á semelhança do que defende Abreu (2011), quando salienta que a prática de exercício físico tem vindo a ser gradativamente recomendada, como parte integrante dos programas de reabilitação a instaurar nos doentes com FM, no sentido de atenuar a sintomatologia, otimizar a capacidade física individual e aumentar independência na realização de AVDs. Paralelamente, e na perspetiva de atingir os objetivos que acabamos de descrever, aconselha-se a realização de programas de reabilitação/ fisioterapia pois os estudos desenvolvidos por Valkeinen et al. (2008, cit. in Soares, 2011) mostraram melhorias notórias na redução dos sintomas e na melhoria da capacidade física. Porém e surpreendentemente, no nosso estudo não encontramos relação estatística significativa entre a prática de programas de reabilitação e a QDV, dados que corroboram Soares (2011), ao afirmar, que para potencializar os efeitos a longo prazo, é necessário que as sessões sejam realizadas regularmente (3x semana) e durante longos períodos (8 meses pelo menos), requisitos estes, não presentes na nossa amostra.

Como referimos, a dor é um sintoma muito presente nos nossos participantes e como sabemos, a sua subjetividade e intensidade,

retarda o diagnóstico necessário á implementação de medidas terapêuticas adequadas. Trata-se de um resultado constante nos múltiplos estudos, dos quais destacamos Homann et al. (2012), Cunha et al. (2013) que relatam que quanto maior a intensidade dolorosa relatada, maior a dificuldade para o desempenho nas AVD's e consequentemente pior QDV.

Concluimos também que 50% dos nossos inquiridos percebe a doença (FM) como bastante incapacitante enquanto 45,7% a vê como moderadamente incapacitante. Paralelamente, os resultados do FIQ correspondem a uma pontuação média de 63,76 pontos, que traduzem má qualidade de vida. Estes dados reforçam os de Novaes (2014), quando conclui, que não há dúvidas sobre o impacto da FM na capacidade funcional dos Doentes para efetuar as AVDs, acarretando maiores limitações no trabalho e nos rendimentos, maior impacto nos fatores psicológicos, na ansiedade, na depressão e no bem-estar individual, familiar e social.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo reforçam o paradigma de que a fibromialgia é uma patologia de etiopatogenia desconhecida, que causa dor crónica e incapacidade funcional variável e abordagens terapêuticas diversas. Os doentes fibromiálgicos experienciam manifestações no seu dia a dia que provocam profundas alterações no seu quotidiano, ao nível pessoal familiar profissional e social.

A qualidade de vida é um constructo com relevância crescente no domínio da saúde que se deseja cada vez mais humanizada, e por isso, explorar e conhecer as vivências reais dos Doentes fibromiálgicos é estar a contribuir para o estabelecimento de planos terapêuticos adequados e ajustados a cada individuo, com o foco centrado no bem-estar do doente e não na atenção á doença. Evidenciam ainda a necessidade dos profissionais de saúde, com especial destaque para os Enfermeiros de reabilitação, apostarem em programas de intervenção na comunidade, de forma a implementar estratégias de intervenção que minimizem a dor, limitem a incapacidade funcional e promovam efetivamente a QDV dos doentes fibromiálgicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, D. M. (2011). Impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes (Trabalho de licenciatura, Universidade Fernando Pessoa, Porto). Acedido em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2514>

Aguiar, R. W. (2008). Qualidade de vida e mecanismos de defesa em pacientes femininas com fibromialgia com ou sem depressão (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). Acedido em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14063/000657787.pdf>

IMPACTO DA FIBROMIALGIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES

- Associação Portuguesa de doentes com Fibromialgia. (2013). Acedido em <http://www.apdf.com.pt/>
- Braga, B. P. (2012). Fibromialgia: O desafio do diagnóstico (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã). Acedido em <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1165/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Beatriz%20Braga.pdf>
- Castro, A. A., Kitanishi, L. K., & Skare, T. L. (2011). Fibromialgia no homem e na mulher: estudo sobre semelhanças e diferenças de género. *Arquivos Catarinenses Medicina*, 40(2), 63-69.
- Cunha M., Ferreira A. C. & Aparício G. (2013). Quality of Sleep in Fibromyalgia patients. *Medimond. Monduzzi Editore International Proceedings Division*, July 2013. p.49-54. ISBN 978-88-7587-671-5.
- Daraz, L., MacDermid, J. C., Wilkins, S., Gibson, J., & Shaw, L. (2011). Information preferences of people living with fibromyalgia: A survey of their information needs and preferences. *Rheumatology Reports*, 3. Acedido em www.arthritis.ca/document.doc?id=57
- Hidalgo, F. (2011). Fibromialgia: Consideraciones etiopatogénicas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(6), 342-350. Acedido em <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v18n6/revision.pdf>
- Homann, D., Stefanello, J. M. F., Góes, S. M., Breda, C. A., Paiva, E. S., & Leite, N. (2012). Percepção do estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 52(3), 319-330. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v52n3/v52n3a03.pdf>
- Martins, R., & Mestre, M. (2014). Esperança e qualidade de vida em idosos. *Millenium*, 47, 153-162. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/13.pdf>
- Matsutani, L. A. (2009). Eficácia de um programa de tratamento fisioterapêutico sobre a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo). Acedido em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-28042010-173415/pt-br.php>
- Neves, J. M. (2008). Fibromialgia do mito à realidade (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em <https://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/841>
- Nogeras, A. M., Pinto, J. M., & Arenillas, J. I. (2011). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fibromialgia. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(3), 199-2015. Acedido em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40818208002>
- Novaes, M. F. U. C. C. (2014). Qualidade de vida de doentes com fibromialgia (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29224/1/Qualidade%20vida%20doentes%20fibromialgia.%20FMUC,%202014.%20Maria%20F%C3%A1tima%20Novaes.pdf>
- Praça, M. I. (2012). Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspetiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-Os-Montes (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/3612>
- Rosado, M. L., Pereira, J. P., Fonseca, J. P., Branco, J. C. (2006). Adaptação cultural e validação do “Fibromyalgia impact Questionnaire”: Versão portuguesa. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 31, 157-165. Acedido em <https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/540/1/adapta%C3%A7%C3%A3o%20cultural%20e%20valida%C3%A7%C3%A3o%20do%20Fibromialgy%20impact%20questionnaire-vers%C3%A3o%20portuguesa.pdf>
- Soares, João R. (2011). Abordagem fisioterapêutica na fibromialgia: Uma revisão sistemática Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2528/3/T_18720.pdf

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADEÇÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS
BELIEFS ABOUT MEDICINES AND ADHERENCE TO TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS

António Dias¹
Madalena Cunha^{1,2}
Olivério Ribeiro¹
Carlos Albuquerque^{1,2}
Ana Andrade¹

¹CI&DETS Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

²CIEC, Universidade do Minho, Portugal

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A hipertensão arterial (HTA) é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância continuada no tempo, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica.

O fenómeno da adesão ao tratamento é motivo de preocupação por parte da comunidade científica, sendo considerado como um problema mundial de elevada magnitude. As implicações são de grande relevância na morbilidade e mortalidade e no significativo aumento do consumo de cuidados de saúde e dos custos para o sistema de saúde.

OBJETIVO

Pretende-se avaliar a adesão ao tratamento e relacionar as crenças acerca dos medicamentos com a adesão ao tratamento.

MÉTODOS

Estudo, de carácter observacional e transversal, realizado com 119 utentes com diagnóstico médico de HTA há pelo menos um ano.

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário (caracterização sociodemográfica, Medida de Adesão aos Tratamentos e Crenças acerca dos Fármacos) autoaplicado aos indivíduos que se encontravam no momento a frequentar a consulta nos cuidados de saúde primários.

O protocolo de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética. A análise estatística foi processada através do programa SPSS versão 20.0 com utilização de testes paramétricos e não paramétricos consoante as variáveis do estudo apresentavam ou não uma distribuição normal.

RESULTADOS

Os doentes apresentaram uma média de idade de 64,2 anos ± 11,1 anos, 54,6% eram do sexo masculino, 81,50% eram “casados”, 66,4% tinham escolaridade até ao “4º ano”, 63%, residiam na “aldeia”, 50,2% eram “reformados”, 48,7% auferiam um rendimento até um “ordenado mínimo” e 10,9% referiram ter grandes dificuldades económicas.

Clinicamente 23,5% dos hipertensos apresentaram TA não controlada ($\geq 140/90$ mmHg).

A prevalência da adesão do hipertenso foi de 51,3%. A forte crença nas necessidades específicas da medicação prescrita, revelou-se pedidora da adesão à medicação.

CONCLUSÕES

Os resultados são consistentes com estudos anteriores, em que os indivíduos com crenças mais elevadas nas necessidades específicas da medicação prescrita, registaram maior taxa de adesão à medicação.

PALAVRAS CHAVE

Crenças acerca da medicação; Adesão terapêutica; Hipertensão arterial

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADESÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS

ABSTRACT

INTRODUCTION

Hypertension (HTA) is the most prevalent risk factor in the portuguese population. As a chronic disease, it needs continued therapy and vigilance in time. It is important not to forget that therapeutic interruption, absolute or intermittent, can be associated to an aggravation of the clinical situation.

The phenomenon of adherence to treatment is a motive of concern by the scientific community, being considered as a global problem of high magnitude. The implications have a huge relevance in the morbidity and mortality and in the significant increase in the consumption of health care and the costs to the health system.

OBJECTIVE

To evaluate adherence to treatment and relate beliefs about medicines with adherence to treatment.

METHODS

This analytical, correlational and cross-sectional study was conducted with 119 patients with medical diagnosis of HTA for at least one year.

Data collection was performed through a self-administered questionnaire (sociodemographic characterization, Measure Adherence to Treatment, Beliefs about Medicines) to the patients who were at the time attending primary health care consultations.

The research protocol was evaluated and approved by the Ethics Committee. Statistical analysis was performed through the SPSS program version 20.0, using parametric and non-parametric tests, depending if the study variables had or not a normal distribution.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morbilidade e mortalidade, sendo responsáveis por um terço de todas as mortes e um elevado número de incapacidades (DGS, 2013).

A hipertensão arterial (HTA) é reconhecida como um importante factor de risco no desenvolvimento de doenças do cérebro (acidente vascular cerebral), cardiovasculares e renais (DGS, 2013).

As estimativas da prevalência de HTA registam uma grande variação entre os países (WHO 2011). Nos últimos 30 anos, a

RESULTS

Patients had an average age of 64,2±11,1 years; 54,6% were male; 81,50% were “married”; 66,4% had education up to the “4th grade”; 63% lived in a “village”; 50,2% were retired, 48,7% had an income below “one minimum wage” and 10,9% reported to “have some economic difficulties”.

Clinically, 23,5% of the hypertensive patients had uncontrolled blood pressure ($\geq 140/90$ mmHg).

The prevalence of adherence to treatment of the hypertensive patient was 51,3%. The strong belief in the specific needs of the prescribed medication proved to be a predictor in the adherence to medication.

CONCLUSIONS

The results are consistent with previous studies, in which individuals with higher beliefs in the specific needs of the prescribed medication recorded a higher adherence to medication rate.

KEYWORDS

Beliefs about medicines; Adherence to treatment; Hypertension

população portuguesa tem sido referida como tendo dos mais elevados níveis de tensão arterial média, sendo considerada o fator de risco mais prevalente (INE, 2008; DGS, 2013).

O estudo PHYSA; efetuado pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão, revelou uma prevalência de HTA de 42,2% na população adulta, tendo demonstrado que na última década as taxas de tratamento da HTA praticamente duplicaram enquanto a taxa de doentes hipertensos controlados aumentou cerca de 4 vezes (Polónia, Martins, Pinto & Nazaré, 2014).

Apesar do progresso que se tem verificado ao longo dos últimos anos no controlo, tratamento e conhecimento da HTA, a maioria dos hipertensos (57,4%) mantém a HTA não controlada (Polónia

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADEÇÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS

et al, 2014).

Na atualidade uma percentagem significativa da população mundial depara-se com a necessidade de tomar a medicação e de adotar medidas para controlar e tratar, tanto as condições agudas como as crónicas. Na doença crónica, a medicação é muitas vezes a primeira escolha no tratamento da doença, sendo a intervenção de saúde mais comum (Bosworth et al, 2011).

Apesar dos avanços no tratamento de doentes com HTA, os regimes de tratamento são benéficos apenas se os doentes aderirem. Assim, a fraca adesão à medicação anti-hipertensora, levou a considerável morbidade, mortalidade e custos de saúde evitáveis (Bosworth et al, 2011; Sanfélix-Gimeno et al 2013).

O fenómeno da adesão ao tratamento é motivo de preocupação por parte da comunidade científica, sendo considerado como um problema mundial de elevada magnitude. As implicações são de grande relevância na morbidade e mortalidade e no significativo aumento do consumo de cuidados de saúde e dos custos para o sistema de saúde.

Diversos estudos demonstraram que as crenças relativas à medicação podem constituir uma barreira na adesão (Bowry, Shrank, Lee, Stedman, & Choudhry, 2011). Desta forma, os doentes têm as suas próprias perspetivas relativamente ao uso da medicação e tomam decisões, baseadas nas suas crenças e experiências. Assim, ponderam os riscos e benefícios relativamente à medicação e concluem os seus julgamentos, tendo em consideração a eficácia percebida, a segurança e o valor em termos de resultados para a sua saúde (Gordon, Smith, & Dhillon, 2007; McHorney, 2009). Desta forma, pretende-se avaliar a adesão ao tratamento e relacionar as crenças acerca dos medicamentos com a adesão ao tratamento.

MÉTODOS

É um estudo descritivo-correlacional e transversal. Foram elegíveis 119 utentes com diagnóstico médico de HTA que se encontravam no momento da aplicação do questionário em consulta de follow-up nos cuidados de saúde primários, com os seguintes critérios de inclusão: (1) idade superior a 18 anos; (2) diagnóstico médico de HTA há pelo menos um ano e (3) concordar em participar no estudo mediante consentimento informado.

Foram excluídos os doentes com diagnóstico médico de patologia psiquiátrica e se encontrarem institucionalizados.

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário autoaplicado integrando:

- variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, zona residencial, nível de escolaridade, situação profissional e rendimento familiar mensal);
- escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) de Delgado e Lima (2001) utilizada para avaliar a adesão ao tratamento. Os itens 1, 2, 3, 4 e 5 foram adaptados da Escala de Morisky et al (1986) o item 7 foi adaptado de Shea, Misra, Ehrlich, Field & Francis (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994). As questões são respondidas na forma de Likert com classificação

até seis pontos (que varia de sempre=1 a nunca=6). O nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Valores mais elevados significam maior nível de adesão. Com a finalidade de classificar os doentes que apresentaram adesão ou não ao tratamento medicamentoso, esta escala foi dicotomizada tendo por base o ponto de corte na mediana.

- Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF) versão portuguesa de Pereira e Silva (1999) que avalia as crenças dos doentes acerca da medicação. Foi utilizada a versão QCF-Específica que avalia as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos fármacos para o seu problema de saúde específico. Esta escala é constituída por dois fatores com 5 itens cada um, que avaliam as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita e das preocupações específicas relacionadas com os perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo. O tratamento de dados foi realizado informaticamente recorrendo ao programa SPSS versão 20.0. Com a estatística descritiva determinaram-se as frequências absolutas e percentuais, as médias, o desvio padrão e o qui-quadrado. A opção pelos testes paramétricos justifica-se pelo facto das variáveis centrais do estudo apresentarem distribuição normal ou seja, quando os grupos apresentam dimensão semelhante (quociente entre a maior dimensão e a menor for inferior a 1.5) (Pestana & Gageiro, 2008) e a regressão linear múltipla, com o método stepwise.

O protocolo de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética.

RESULTADOS

Os doentes apresentaram uma média de idade de 64,2 anos \pm 11,1 anos, 54,6% eram do sexo masculino, 81,50% eram “casados”, 66,4% tinham escolaridade até ao “4º ano”, 63%, residiam na “aldeia”, 50,2% eram “reformados”, 48,7% auferiam um rendimento até um “ordenado mínimo” e 10,9% referiram ter grandes dificuldades económicas (cf. Tabela 1).

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADEÇÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS

Tabela 1 - Características sociodemográficas em função do sexo

	Masculino (n = 188)		Feminino (n = 66)		Total (n = 254)		Valores residuais percentuais		x ² (p)
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino	
Grupo etário									
≤ 55 anos	13	20.0	10	18.5	23	19.3	0.2	-0.2	x ² =0.042 p=0,979 ns
56-70 anos	33	50.8	28	51.9	61	51.3	-0.1	0.1	
> 75 anos	19	29.2	16	29.0	35	29.4	0.0	0.0	
Estado civil									
Solteiro / viúvo /divorciado	8	12.3	14	25.9	22	18.5	-1.9	1.9	x ² =3.630 p=0.05 ns
Casado	57	87.7	40	74.1	97	81.5	1.9	-1.9	
Escolaridade									
≤ 4 anos	39	60.0	40	74.1	79	66.4	-1.6	1.6	x ² =4.297 p=0.117 ns
5 a 12 anos	23	35.4	10	18.5	33	27.7	2.0	2.0	
> 12 anos	3	4.6	4	7.4	7	5.9	-0.6	0.6	
Situação profissional									
Empregado	25	38.5	12	22.2	37	31.1	1.9	-1.9	x ² =4.984 p=0.083 ns
Desempregado	4	6.2	8	14.8	12	10.1	-1.6	1.6	
Reformado	36	55.4	34	63.0	70	58.8	-0.8	0.8	
Residência									
Aldeia	40	61.5	35	64.8	75	63.0	-0.4	0.4	x ² =0,185 p=0,912 ns
Vila	11	16.9	9	16.7	20	16.8	0.0	0.0	
Cidade	14	21.6	10	18.5	24	20.2	0.4	-0.4	
Rendimento mensal									
≤ 1 ordenado mínimo	26	40.0	32	59.3	58	48.7	-2.1	2.1	x ² =5,549 p=0,062 ns
Entre 1 a 2 ordenados mínimos	33	50.8	16	29.6	49	41.2	2.3	-2.3	
> 2 ordenados mínimos	6	9.2	6	11.1	12	10.1	-0.3	0.3	
Situação financeira									
Confortável	12	18.5	6	11.1	18	15.1	1.1	1.1	x ² =9,783 p=0,021*
Tem o suficiente para as necessidades	3	56.9	21	38.9	58	48.7	2.0	2.0	
Tem algumas dificuldades	13	20.0	17	31.5	30	25.2	-1.4	1.4	
É muito problemática	3	4.6	10	18.5	13	10.9	-2.4	2.4	

* - p < 0.05
ns – não significativo

Clinicamente 23,5% dos hipertensos apresentaram TA não controlada (definida como tensão arterial sistólica e/ou diastólica ≥ 140/90 mmHg, de acordo com as recomendações europeias e com a norma emitida pela DGS em 2013).

No presente estudo, verificou-se uma prevalência da adesão da pessoa com HTA à medicação de 51,3%.

Constatou-se que a dimensão necessidades específicas que avalia as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita cujo valor varia entre 10 e 25, correspondendo a uma média de 19.51 (DP=2.95). Quanto à dimensão preocupações específicas que avalia as crenças relacionadas com os perigos de dependência e toxicidade ou

efeitos secundários a longo prazo, esta oscilou entre 8 e 22, o que corresponde a uma média de 14.19 (DP=2.51).

As mulheres apresentaram uma forte crença nas necessidades específicas da medicação que lhes foi prescrita, enquanto que os homens manifestaram maior crença em relação aos perigos de dependência e toxicidade, contudo sem relevância estatística.

Quanto ao efeito das crenças acerca dos fármacos na adesão ao tratamento, verificou-se uma correlação muito baixa e positiva nas necessidades específicas (r = 0.199, p=0.03) e nas preocupações específicas (r = 0.031, p=0.732).

Através da regressão linear múltipla pelo método stepwise, identificou-se um modelo de predição no qual apenas a dimensão necessidades específicas surgiu como um preditor significativo da adesão ao tratamento (t=2,196; p=0.03), sendo que quanto menor for a crença dos doentes acerca das necessidades específicas dos fármacos, maior é a adesão ao tratamento. Este modelo explica uma variabilidade de 4.0% (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Regressão múltipla entre a adesão ao tratamento e as crenças acerca dos fármacos

	Coeficientes		F (p)	t	p	R (R ²)
	B	β				
Constante	5.329			7.077	0.000	
Necessidades específicas	0.044	0.199	4.821	2.196	0.03**	0.199 (0.04)

*** - p < 0.001

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Tendo em conta a diversidade e a complexidade dos comportamentos não é fácil determinar, de forma precisa, o nível de não adesão aos tratamentos, na medida em que este depende do tipo de doença, do regime terapêutico e da metodologia utilizada para avaliar a adesão aos tratamentos. Independentemente das diferenças acerca da forma e do momento da avaliação, a baixa adesão à medicação anti-hipertensiva apresenta uma elevada prevalência em doentes com HTA.

No nosso estudo, somente 51,3% das pessoas com HTA aderiram à medicação prescrita.

Diversos estudos que utilizaram a Escala de Adesão de Morisky, apresentaram resultados similares, com 56% dos participantes classificados como aderentes (Wu et al., 2012), outros relataram taxas de adesão de 66% (Albert, 2008) e outros apresentaram taxas inferiores, variando entre 31 e 58% na adesão à medicação cardioprotetora prescrita com declínio da prevalência ao longo do tempo (Chaudhry & McDermott, 2008; Wu et al., 2012).

Em estudos de Ho, Bryson e Rumsfeld (2009) e Wu et al. (2012), a adesão foi ainda menor em doentes que tomavam estatinas na doença arterial coronária crónica, sendo que apenas 40% destes mantinham as estatinas dois anos após a hospitalização por SCA. Um outro estudo transversal efetuado com 371 adultos portadores de DCV, mostrou que a prevalência da adesão à medicação anti-hipertensiva e estatinas foi de 48% e 38%,

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADEÇÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS

respectivamente (Aggarwal & Mosca, 2010).

A baixa adesão à medicação tem sido relatada como prevalente em populações com HTA, contudo importa referir que existe uma variabilidade nos métodos de avaliação (autorrelato, dados da aquisição da medicação na farmácia e contagens de comprimidos), que impede as comparações entre os estudos e entre diferentes condições cardiovasculares (Ho et al., 2009; Wu et al., 2012).

Os estudos utilizam quase todos como forma de medida da adesão, o autorrelato dos doentes e a contagem de medicamentos. Foi ainda utilizado em alguns estudos, o MEMS, bem como a avaliação da concentração sérica, e o registo de omissões ou registos farmacêuticos.

Contudo, numa revisão sistemática sobre a adesão aos medicamentos cardiovasculares efetuada por Bowry et al. (2011), constataram que a prevalência da adesão quando avaliada pela contagem de comprimidos, apresentava melhores resultados do que quando avaliada por autorrelato. Ora, o autorrelato sendo uma medida subjetiva, o inquirido tende a fornecer estimativas mais elevadas de adesão do que as previstas por medidas objetivas. Provavelmente foi devido à perceção dos doentes face aos medicamentos e o estigma social associado à doença crónica que os induziu a subestimar os seus verdadeiros níveis de adesão (Bowry et al., 2011).

As diferenças culturais, idade, a condição crónica e a origem da população estudada constituem alguns dos elementos que podem determinar a variação entre as taxas de não adesão observadas.

As crenças dos doentes, motivação e atitude negativa em relação aos tratamentos, têm sido identificadas como fatores psicológicos (Jin, Sklar, Oh, & Li, 2008).

O doente que não acredita na necessidade e nos benefícios da administração da terapêutica, apresenta um grande risco de se tornar não aderente.

Uma revisão sistemática sobre a adesão aos medicamentos cardiovasculares em ambientes com poucos recursos, mostrou que as perceções negativas sobre os medicamentos foram identificadas de forma consistente como preditores da não adesão (Bowry et al., 2011).

Nesta investigação, as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita, obtiveram uma pontuação média de 19.51 (DP=2.95) e em relação às das crenças relacionadas com a dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo a média foi de 14.19 (DP=2.51). Somente a necessidade específica surgiu como preditora significativa da adesão ao tratamento, sendo que quanto maior for a crença dos doentes nas necessidades específicas da medicação prescrita, maior será a taxa de adesão. Estes resultados são consistentes com outros estudos em que foi utilizado o mesmo instrumento, o Questionário de Crenças acerca dos Fármacos, cujo objetivo consiste em avaliar as representações cognitivas que os sujeitos fazem em relação aos

fármacos. Num estudo longitudinal realizado em 309 idosos com elevada morbidade, Schüz et al. (2011), concluíram que as crenças acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita, prediziam a adesão (independentemente da intencionalidade ou não em aderir) ao tratamento. Os investigadores acrescentaram que crenças sobre a necessidade subjetiva específica previram mudanças na não adesão intencional, e por sua vez as mudanças nas crenças gerais sobre o uso excessivo de medicação previram mudanças na não adesão não intencional.

A explicação poderá estar associada às crenças individuais sobre a necessidade específica da medicação que potencia a adesão e que as preocupações específicas sobre a medicação, parecem desempenhar um papel menor. No entanto, vários autores salientaram que as perceções individuais sobre a eficácia dos medicamentos são cruciais para a compreensão da adesão. Isto é ainda mais enfatizado pela constatação de que essas crenças são particularmente importantes em indivíduos idosos com múltiplas doenças, polimedicados e com regimes de medicação complexa (Jin et al., 2008).

A importância relativa das cognições sobre a necessidade específica, sugere que os indivíduos melhoram o seu comportamento de adesão, se estiverem informados de que a medicação atende às suas necessidades e lhes permite controlar o curso da sua doença.

De acordo com a literatura seria expectável que as crenças em saúde, profissionais de saúde, e medicação, influenciassem a adesão aos tratamentos. Contudo, estudos realizados nesse sentido não demonstraram essa relação quanto à adesão ao regime terapêutico (French, Wade, & Farmer, 2013).

Outro aspeto reporta-se ao perfil do doente quanto aos comportamentos anteriores face à adesão à medicação. Molfenter, Bhattacharya e Gustafson (2012) num estudo realizado em 1433 inquiridos com DCV, revelaram que entre as crenças em saúde, o fator mais relacionado com a adesão às estatinas, foi a intenção comportamental.

Em síntese, as intervenções para alterar comportamentos de saúde, podem ser mais eficazes se o alvo se centrar nas crenças sobre o comportamento, em vez de crenças sobre a doença. Contudo, French et al. (2013) referiram que os resultados mais recentes têm ignorado este avanço, e focado em vez disso, a natureza das crenças sobre a doença, em detrimento dos fatores relacionados ao comportamento que teria maior impacto nos resultados de saúde do doente.

É sublinhada por estudos recentes a importância de compreender os problemas e expectativas dos doentes, tais como a tomada de decisão compartilhada e a confiança. Para os profissionais de saúde entre os quais os enfermeiros, entender as razões da não-adesão é uma parte fundamental da arte do cuidar. A lista de possíveis motivos para a não-adesão é ampla, e muitos deles só podem ser descobertos através de uma comunicação centrada no doente, durante o processo de colaboração.

Em suma, o enfermeiro também desempenha funções de

CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO E ADESÃO TERAPÊUTICA EM UTENTES HIPERTENSOS

educador, como um meio para o doente conseguir recursos e como um suporte para o doente no sentido de potenciar o seu nível de preparação para participar no processo de decisão e envolvimento na gestão clínica da doença e aumentar o grau de responsabilidade individual e social, sobre a evolução da doença e qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Aggarwal, B., & Mosca, L. (2010). *Lifestyle and psychosocial risk factors predict non-adherence to medication*. *Ann Behav Med.*, 40 (2), 228-33. doi:10.1007/s12160-010-9212-6.
- Albert, N. M. (2008). *Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease*. *Crit Care Nurse*, 28 (5), 54-64.
- Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholde, R., Czajkowski, S. M., ... Granger, C. B. (2011). *Medication adherence: A call for action*. *Am Heart J.*;162(3):412-424. doi:10.1016/j.ahj.2011.06.007
- Bowry, A. D., Shrank, W. H., Lee, J. L., Stedman, M., & Choudhry, N. K. (2011). *A systematic review of adherence to cardiovascular medications in resource-limited settings*. *J Gen Intern Med.*; 26(12):1479-1491. doi:10.1007/s11606-011-1825-3
- Chaudhry, H. J., & McDermott, B. (2008). *Recognizing and improving patient nonadherence to statin therapy*. *Curr Atheroscler Rep.*, 10(1), 19-24.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. *Psicologia, Saúde & Doença*; 2(2):81-100.
- DGS (2013). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Departamento da Qualidade na Saúde. Norma Direção Geral de Saúde número 020/2011 atualizada a 19/03/2013
- French, D. P., Wade, A. N., & Farmer, A. J. (2013). *Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: The importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness*. *J Psychosom Res.*, 74 (4), 327-333. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.008
- Gordon, K., Smith, F., & Dhillon, S. (2007). *Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems*. *Patient Educ Couns*65(3):407-415. doi:10.1016/j.pec.2006.09.012
- Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). *Medication Adherence: Its Importance in Cardiovascular Outcomes*. *Circulation.*, 119 (23), 3028-3035. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986
- Instituto Nacional de Estatística. (2008). *The demographic changes in Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jin, J., Sklar, G. E., Oh, M. S. V., & Li, C. S. (2008). *Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective*. *Ther Clin Risk Manag.*, 4 (1), 269-286. doi:org/10.2147/TCRM.S1458
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redo'n J., Zanchetti, A., Bohm, M., ... , Zannad, F., Task Force Members. (2013). *ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*. *J Hypertens* 2013; 31:1281-1357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc.
- McHorney, C. A. (2009). *The Adherence Estimator: A brief, proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease*. *Curr Med Res Opin*;25(1):215-238. doi:10.1185/03007990802619425
- Molfenter, T. D., Bhattacharya, A., & Gustafson, D. H. (2012). *The roles of past behavior and health beliefs in predicting medication adherence to a statin regimen*. *Patient Prefer Adherence*, 6, 643-651. doi:10.2147/PPA.S34711
- Pereira M. G., & Silva, N. S. (1999). *Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos. Avaliação Psicológica. Formas e Contextos*;5:52-57.
- Pestana M. H., & Gageiro J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Polónia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). *Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade*. *The PHYSAsstudy. Journal of Hypertension*, 32:1211–1221. doi:10.1097/HJH.0000000000000162
- Sanfélix-Gimeno G., Peiró S., Ferreros I., Pérez-Vicente R., Librero J., Catalá-López F, ... Tortosa-Nácher, V. *Adherence to evidence-based therapies after acute coronary syndrome: A retrospective population-based cohort study linking hospital, outpatient, and pharmacy health information systems in Valencia, Spain*. *J Manag Care Pharm*. 2013;19(3):247-257.
- Schüz, B., Marx, C., Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Schwarzer, R., & Tesch-Römer, C. (2011). *Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses*. *J Psychosom Res.*, 70 (2), 179-187. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.07.014
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). *Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 39 (Suplemento). Retrieved from http://www.sphta.org.pt/pdf/guidelines_31Janeiro2014-FINAL.pdf
- World Health Organization. (2011). *Global status report on non communicable diseases, 2010*. Geneva: Author. Retrieved from http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- Wu, J. R., Lennie, T. A., Chung, M. L., Frazier, S. K., Dekker, R. L., Biddle, M. J., & Moser, D. K. (2012). *Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure*. *Heart & Lung*, 41 (2), 107-114. doi:10.1016/j.hrtlng.2011.09.009

PERSONALIDADE E REGRESSO AO TRABALHO DA PESSOA APÓS CARDIOPATIA ISQUÉMICA
PERSONALITY AND RETURN TO WORK OF THE PATIENT AFTER ISCHEMIC HEART DISEASE

António Dias¹
Madalena Cunha^{1,2}
Olivério Ribeiro¹
Carlos Albuquerque^{1,2}
Ana Andrade¹
Isabel Bica^{1,3}

¹CI&DETS Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Viseu

²CIEC, Universidade do Minho, Portugal

³CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research

RESUMO**INTRODUÇÃO**

O regresso ao trabalhar tem sido considerado um problema de saúde pública e uma das principais metas da reabilitação cardiovascular porque tem benefícios económicos para a sociedade, em termos do aumento de produtividade e redução de custos, e também melhora o bem-estar individual e a segurança económica dos pacientes e suas famílias.

Diversas variáveis médicas, psicológicas e sociodemográficas têm sido relacionadas com o regresso ao trabalho após cardiopatia isquémica, sendo atribuído um peso maior às variáveis sociopsicológicas.

OBJETIVO

Determinar a prevalência do regresso ao trabalho e relacionar a influência da personalidade no regresso ao trabalho da pessoa após cardiopatia isquémica.

MÉTODOS

Estudo de carácter analítico, correlacional e transversal, realizado com 164 doentes com idade inferior ou igual a 65 anos, com diagnóstico clínico de cardiopatia isquémica, decorridos três a seis meses após a alta hospitalar. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário (caracterização sociodemográfica, escala de Graffar e o Inventário de Personalidade (Vaz-Serra, Ponciano e Freitas, 1980) autoaplicado na consulta de follow-up de cardiologia. Foi utilizado o teste de análise discriminante processado através do programa SPSS versão 20.0 para Windows.

RESULTADOS

Os doentes apresentaram uma média de idade de 54.2 anos \pm 7.4 anos, 81.7% eram do sexo masculino, 96.3% eram "casados", 41.5% pertenciam à Classe III da escala de Graffar.

A prevalência do regresso ao trabalho foi de 58.5%. A análise discriminante pelo método stepwise permitiu a obtenção de um modelo final que permite a diferenciação dos dois grupos. O neuroticismo revelou-se como predictor do regresso ao trabalho da pessoa após cardiopatia isquémica.

CONCLUSÕES

Os resultados são consistentes com alguns estudos nacionais e internacionais, confirmando a relação entre personalidade e o regresso ao trabalho.

O regresso ao trabalho após um evento cardíaco é um processo multidimensional que parece ser fortemente influenciado por fatores psicossociais, entre os quais a personalidade. Assim, ao identificar os traços da personalidade do indivíduo, nomeadamente o pensamento, os sentimentos, o comportamento, a forma de agir nas atividades do dia-a-dia, seria possível prever comportamentos associados ao processo de saúde e doença.

PALAVRAS CHAVE

Personalidade; Neuroticismo; Extroversão; Regresso ao trabalho; Reinserção socioprofissional; Cardiopatia isquémica.

PERSONALIDADE E REGRESSO AO TRABALHO DA PESSOA APÓS CARDIOPATIA ISQUÊMICA

ABSTRACT

INTRODUCTION

The return to work has been considered a public health problem and one of the main goals of cardiac rehabilitation, because it has economic benefits for society, in terms of the increased of productivity and the reduced of the costs, and also it improves the individual well-being and the economic security of the patients and their families.

Several medical, psychological and sociodemographic variables have been related to return to work after ischemic heart disease, being assigned a higher weight to socio-psychological variables.

OBJECTIVES

To determine the prevalence of return to work and relate the influence of personality on the return to work of the patient after ischemic heart disease.

METHODS

This analytical, correlational and cross-sectional study was conducted with 164 patients aged less than 65 years with a clinical diagnosis of ischemic heart disease, three to six months after hospital discharge. Data collection was performed through a self-administered questionnaire ((sociodemographic characterization, Graffar scale and Personality Inventory (Vaz-Serra, Ponciano & Freitas, 1980) in cardiology follow-up consultation. We used the discriminant analysis test through the SPSS program version 20.0 for Windows.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV), incluindo a doença coronária, constituem a principal causa de mortalidade e morbidade com importante relevo na redução da qualidade de vida da população na União Europeia. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), essa tendência persistirá, pelo menos, até ao ano 2030 (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013; WHO, 2014).

Também em Portugal as DCV continuam a ser a principal causa de mortalidade, apesar de se ter registado uma tendência de decréscimo nos últimos anos. São consideradas como a segunda causa de anos de vida potenciais perdido, com importante impacto económico decorrente da incapacidade provocada por estas, bem como dos custos relacionados com o seu tratamento (DGS, 2013).

Estima-se que cerca de 90 milhões de dias de trabalho são perdidos anualmente na União Europeia por causa de morbilidade devido à DCV (Leal, Luengo-Fernandez, Gray, Petersen, & Rayner,

RESULTS

Patients had an average age of 54,2±7,4 years; 81,7% were male; 96,3% were "married"; 41,5% belonged to Class III of Graffar scale.

The prevalence of return to work was 58,5%. The discriminant analysis by stepwise method permitted to obtain a final model that allows differentiation of the two groups. The neuroticism proved to be a predictor of return to work of the patient after ischemic heart disease.

CONCLUSIONS

The results are consistent with some national and international studies, confirming the relationship between personality and the return to work.

The return to work after a cardiac event is a multidimensional process that appears to be strongly influenced by psychosocial factors, including personality. Thus, by identifying the individual's personality traits, including thinking, feelings, behaviour, the way of acting daily, it would be possible to predict behaviours associated with the health and the disease process.

KEYWORDS

Personality; neuroticism; Extraversion; Return to work; Socio-professional reintegration; Ischemic heart disease.

2006).

O regresso ao trabalho tem sido considerado um problema de saúde pública e uma das principais metas da reabilitação cardiovascular porque tem benefícios económicos para a sociedade, em termos de aumento de produtividade e redução de custos, e também melhora o bem-estar individual e segurança económica dos pacientes e suas famílias (Bhattacharyya, Perkins-Porras, Whitehead, & Steptoe, 2007; Fiabane, Omodeo, Argentero, Candura, & Giorgi, 2014; Dreyer et al., 2016).

Diversas variáveis médicas, psicológicas e sociodemográficas têm sido relacionadas com o regresso ao trabalho após cardiopatia isquémica, sendo atribuída um peso maior às variáveis sociopsicológicas (Mittag, Kolenda, Nordmann, Bernien, & Maurischat, 2001; Bhattacharyya et al., 2007; Fiabane et al., 2014).

É reconhecido que a personalidade é um elemento importante que pode afetar a saúde, uma vez que reforça as suas potencialidades e a influência seu comportamento (Soejima, Steptoe, Nozoe, & Tei, 1999; Bergvik, Sørliie &

PERSONALIDADE E REGRESSO AO TRABALHO DA PESSOA APÓS CARDIOPATIA ISQUÊMICA

Wynn, 2012; Fiabane et al., 2014). A personalidade é uma organização dinâmica dos sistemas psicofísicos que determina o comportamento e o pensamento. Na perspetiva de Dias, (2004) e Bergvik, et al. (2012), a personalidade resulta do efeito interativo dos fatores pessoais e dos fatores contextuais que influenciam o comportamento em saúde. Neste sentido, pretende-se (1) determinar a prevalência do regresso ao trabalho e (2) relacionar a influência da personalidade no regresso ao trabalho da pessoa após cardiopatia isquémica.

MÉTODOS

É um estudo de carácter analítico, correlacional e transversal realizado com 164 doentes com diagnóstico clínico de cardiopatia isquémica que se encontravam no momento da aplicação do questionário em consulta de follow-up de cardiologia numa instituição hospitalar da zona centro, com os seguintes critérios de inclusão: (1) idade compreendidas ente 18 a 65 anos de idade; (2) diagnóstico médico de cardiopatia isquémica e (3) concordar em participar no estudo mediante o consentimento informado. Foram excluídos os doentes com (1) inatividade profissional por reforma antecipada e (2) diagnóstico médico de patologia psiquiátrica.

Para efetuar a recolha da informação, tivemos como suporte um questionário autoaplicado que permitiu avaliar as:

- características sociodemográficas, nomeadamente, o sexo, a idade, o estado civil e o nível socioeconómico (escala de Graffar adaptado de Amaro, 2001). A escala de Graffar é uma classificação internacional que possibilita a determinação da posição social da família. Baseia-se num conjunto de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita. Preenche-se de acordo com o elemento que tem maior rendimento do agregado familiar e faz a soma das pontuações obtidas em cada um destes parâmetros, permitindo depois discriminar cinco classes sociais: classe social alta (5 a 9 pontos- Classe I), classe social média alta (10 a 13 pontos- Classe II), classe social média (14 a 17 pontos- Classe III), classe social média baixa (18 a 21 pontos- Classe IV) e classe social baixa (22 a 25 pontos- Classe V).

- características da personalidade (Inventário de Personalidade de Vaz-Serra, Ponciano & Freitas, 1980). Este é um inventário de autorresposta, criado por Eysenck e Eysenck (1964), que pretende medir as dimensões da personalidade neuroticismo-estabilidade emocional, vulgarmente designada por neuroticismo e extroversão-introversão, denominada por extroversão. No Inventário existe uma escala de Mentira, que visa a eliminação dos casos em que os participantes dão respostas socialmente desejáveis. Os autores identificaram duas dimensões da personalidade e concluíram que estes dois factores são os que mais contribuem para a descrição da personalidade.

A personalidade diz respeito principalmente a características permanentes do indivíduo, isto é, mais a traços do que a estados. Qualquer medida da personalidade de um indivíduo

é realmente uma amostra do seu comportamento. A escala de extroversão abrange dois subfactores diferentes: sociabilidade e impulsividade. As pessoas com elevado grau de neuroticismo têm tendência para serem nervosas, ansiosas, de humor variável, susceptíveis, agitadas, excitáveis e muitas vezes emocionalmente instáveis. Por seu lado, o extrovertido típico é sociável, vivo, gosta de sair, descuidado, variável, impulsivo, enfático, fisicamente ativo e optimista.

Utilizou-se a forma A deste inventário, que é constituída por 57 itens correspondendo 24 à dimensão neuroticismo, 24 à da extroversão e 9 à de mentira.

No inventário é solicitado ao sujeito inquirido que, relativamente a cada pergunta, indique a maneira como reage, sente ou atua, sendo que o “sim” ou o “não” representam o modo habitual de agir ou sentir. Para cada uma das dimensões admite-se que o indivíduo se possa localizar num ponto da escala e, de acordo com essa posição, se considera um indivíduo de neuroticismo baixo ou elevado, o mesmo acontecendo para a escala de extroversão.

Pontuações mais altas correspondem a valores mais elevados de neuroticismo, de extroversão e de escala L.

Na aferição desta escala para a população portuguesa, Vaz Serra, Ponciano e Freitas (1980), numa amostra de 490 participantes, obtiveram valores médios de 10.56 (DP=5.04) para o neuroticismo, de 12.52 (DP=3.60) para a extroversão e de 4.13 (DP=1.85) para a escala L. O neuroticismo e a extroversão não se correlacionaram significativamente, o que mostra a boa construção do inventário e a independência que têm entre si. A correlação teste-reteste foi significativa, a um nível de $p < 0.001$, indicando uma boa estabilidade temporal.

Foi efetuado o pré-teste a um grupo de 13 doentes (8 do sexo masculino e 5 do sexo feminino), com o diagnóstico de cardiopatia isquémica, seguidos na consulta de cardiologia da mesma instituição, no sentido de verificar os procedimentos e a aplicabilidade dos instrumentos de recolha de dados a utilizar. Gil (2008) refere este procedimento como necessário para avaliar a clareza, a compreensão e o sentido das perguntas. Pelas sugestões apresentadas, procedemos a pequenas alterações na redação de algumas questões para a sua melhor compreensão ou mesmo simplificação, obedecendo a uma ordem adequada. O tratamento de dados foi realizado informaticamente recorrendo ao programa SPSS versão 20.0.

Com a estatística descritiva determinou-se as frequências absolutas e percentuais, as médias, o desvio padrão e o qui-quadrado. A estatística paramétrica utilizou-se quando as variáveis de natureza quantitativa apresentavam uma distribuição normal e as variâncias populacionais fossem homogéneas (Pestana & Gageiro, 2008) e a análise discriminante, com o método stepwise.

O protocolo de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comissão de Ética e o consentimento informado foi obtido de todos os participantes.

PERSONALIDADE E REGRESSO AO TRABALHO DA PESSOA APÓS CARDIOPATIA ISQUÊMICA

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 164 participantes, 81.7% (134) do sexo masculino e 18.3% (30) do sexo feminino. A idade mínima dos participantes foi de 32 anos e a máxima de 65 anos, o que corresponde a uma média de 54.2 anos (DP=7.39).

Em relação ao estado civil, verifica-se que a maioria dos participantes (96,3%) era casada e 41.5% pertenciam à classe III (classe social média) da escala de Graffar. Os homens registaram um nível socioeconómico superior ao das mulheres ($\bar{x} = 15.36 \pm 2.78$ vs. $\bar{x} = 17.13 \pm 2.99$, $p = 0.001$), sendo que os homens se posicionaram na classe social média alta e as mulheres na classe social média baixa (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas em função do sexo

	Masculino (n = 134)		Feminino (n = 30)		Total (n = 164)		Valores residuais percentuais		Teste estatístico / p
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino	
Idade									
Média	53.75		55.93		54.15				UMW=1616 p=0.181
Desvio padrão	7.56		6.33		7.38				
Grupo etário									
≤ 45 anos	20	12.2	2	1.2	22	13.4	1.2	-1.2	$\chi^2=2.087$ p=0.352 ns
46-55 anos	50	30.5	10	6.1	60	36.6	0.4	-0.4	
56-65 anos	64	39.0	18	11.0	82	50.0	-1.2	1.2	
Estado civil									
Solteiro / viúvo	4	2.4	2	1.2	6	3.7	-1.0	1.0	$\chi^2=0.943$ p=0.332 ns
Casado	130	79.3	28	17.1	158	96.3	1.0	-1.0	
Nível socioeconómico									
Média	15.36		17.13		15.68				UMW=1212 p=0.001*
Desvio padrão	2.78		2.99		2.90				
Graffar									
Classe I (Classe Social Alta)	4	2.4	2	1.2	6	3.7	-1.0	1.0	$\chi^2=12.498$ p=0.006*
Classe II	34	20.7	0	-	34	20.7	3.1	-3.1	
Classe III	56	34.1	12	7.3	68	41.5	0.2	-0.2	
Classe IV	40	24.4	16	9.8	56	34.1	-2.5	2.5	
Classe V (Classe Social Baixa)	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	-	

* - p < 0.05

ns - não significativo

A prevalência do regresso ao trabalho da pessoa após cardiopatia isquémica foi de 58,5% (cf. Tabela 2). Para os 96 participantes que se encontravam a trabalhar, a maioria (52.1%) manteve a mesma atividade profissional. Em relação aos participantes que efetuaram alteração na sua atividade profissional, 21.7% mudaram de profissão. Verificou-se que os homens registaram um período mais curto de inatividade antes de regressar ao trabalho do que as mulheres.

Dos 34 sujeitos que não trabalhavam, somente 32.4% ponderaram voltar a trabalhar. Por outro lado, o cansaço foi a

justificação mais predominante por aqueles que não pretendiam regressar ao trabalho.

Tabela 2 - Características relativas à situação laboral em função do sexo

	Masculino (n = 134)		Feminino (n = 30)		Total (n = 164)		Valores residuais percentuais		Teste estatístico / p	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino		
Encontra-se a trabalhar										
Sim	78	47.6	18	11.0	96	58.5	-0.2	0.2	$\chi^2=0.032$ p=0.857 ns	
Não	56	34.1	12	7.3	68	41.5	0.2	-0.2		
Pensa voltar a trabalhar										
Sim	22	32.4	-	0.0	22	32.4	2.6	-2.6	$\chi^2=6.969$ p=0.008*	
Não	34	50.0	12	17.6	46	67.6	-2.6	2.6		
Se não pensa voltar a trabalhar, porque										
Cansaço	30	62.5	6	13.0	36	78.3	2.8	-2.8	$\chi^2=7.967$ p=0.019*	
Pensa reformar-se	2	4.3	2	4.3	4	8.7	-1.1	1.1		
Tem dor/ desconforto	2	4.3	4	8.7	6	13.0	-2.4	2.4		
Tempo de inatividade										
< 4 semanas	30	62.5	6	13.0	36	78.3	2.8	-2.8		
4-8	2	4.3	2	4.3	4	8.7	-1.1	1.1	$\chi^2=14.882$ p=0.002*	
8-16	2	4.3	-	0.0	2	4.3	0.9	-0.9		
> 16 semanas	-	0.0	4	8.7	4	8.7	-3.5	3.5		
Média	7.05		10.56		18.16				UMW=478.0 p=0.035*	
Desvio padrão	5.71		5.40		7.71					
Mudança a nível profissional										
Sim	30	62.5	16	16.7	46	47.9	-3.9	3.9	$\chi^2=14.902$ p=0.000*	
Não	48	50.0	2	2.1	50	52.1	3.9	-3.9		
Se sim qual a mudança efectuada										
Reduziu o horário semanal	2	4.3	-	0.0	2	4.3	1.1	-1.1	$\chi^2=6.199$ p=0.185 ns	
Reduziu a atividade de maior esforço físico	12	26.1	6	13.0	18	39.1	0.2	-0.2		
Reduziu a atividade de maior stress	2	4.3	-	0.0	2	4.3	1.1	-1.1		
Reduziu a atividade de maior esforço mental	6	13.0	8	17.4	14	30.4	-2.1	2.1		
Mudou de atividade profissional	8	17.4	2	4.3	10	21.7	1.1	-1.1		

Em relação ao traço da personalidade, observou-se que na dimensão neuroticismo a pontuação oscilou entre 6 e 22, correspondendo a uma média de 13.22 (DP=4.29). Quanto à dimensão extroversão, esta oscilou entre 7 e 19, o que corresponde a uma média de 14.56 (DP=2.93).

As mulheres apresentaram o neuroticismo como elemento central das suas personalidades ($\bar{X} = 15.13 \pm 5.30$ vs $\bar{X} = 12.79 \pm$

PERSONALIDADE E REGRESSO AO TRABALHO DA PESSOA APÓS CARDIOPATIA ISQUÊMICA

3.97, $p < 0.03$) e os homens caracterizaram-se de extroversão ($\bar{X} = 14.91 \pm 2.68$ vs $\bar{X} = 13.00 \pm 3.48$, $p < 0.004$).

Para verificar o efeito da personalidade no regresso ao trabalho, utilizou-se a análise discriminante pelo método stepwise que extraiu o neuroticismo e este explica 100% da variabilidade entre os grupos ($\Lambda = 0.955$, $\chi^2 (1) 7.388$, $p = 0.007$). Obtivemos o seguinte modelo final que permite a diferenciação dos dois grupos: (1) Regresso ao trabalho = 0.704 neuroticismo + (- 5.080); (2) Não regresso ao trabalho = 0.808 neuroticismo + (- 6.468).

A percentagem de participantes classificados corretamente com a classificação inicial foi de 63,4% tendo sido confirmada pela validação cruzada.

Em suma, o neuroticismo revelou-se como pedidor do regresso ao trabalho da pessoa após cardiopatia isquémica.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O regresso ao trabalho da pessoa após cardiopatia isquémica representa um importante indicador da recuperação da doença e é particularmente relevante na população ativa que é susceptível de estar a trabalhar no momento da sua cardiopatia isquémica.

A maioria dos doentes em idade de trabalhar que sofrem de uma doença coronária poderá regressar ao trabalho entre um a três meses se forem tratados adequadamente (Dreyer et al., 2016).

A avaliação da capacidade do doente regressar ao trabalho após cardiopatia isquémica continua a ser um desafio persistente na investigação sem consenso na atualidade.

Estudos efetuados durante a década de 1960 consideraram que cerca de 12-28% dos doentes com cardiopatia isquémica regressaram aos seus empregos anteriores. Apesar do avanço da medicina nos últimos 40 anos, designadamente a nível do diagnóstico e tratamento, a prevalência do regresso ao trabalho tem mantido taxas semelhantes (Mirmohammadi et al., 2014).

No nosso estudo a prevalência do regresso ao trabalho da pessoa após cardiopatia isquémica foi de 58,5%. Este resultado é consistente com a investigação internacional com algumas variações entre 63-94% nos EUA, 58-89% na Suécia e Noruega, 85-87% na Bélgica, 40-60% na Alemanha e 90% na Dinamarca (Bhattacharyya et al., 2007; Attarchi, Rigi, Mirzamohammadi, & Mohammadi 2012). Algumas dessas diferenças podem estar associadas às características clínicas dos doentes entre outras, tais como, o sistema de saúde, a educação em saúde, as condições do trabalho, a legislação laboral de cada país, que não são analisadas e podem apresentar um efeito de interação ou mediador.

Diversos estudos realçam a importância dos factores psicológicos a nível do prognóstico no doente com cardiopatia isquémica e não exclui a persistência de diversas perturbações emocionais, nomeadamente irritação, impaciência, fadiga fácil e depressão que devido à sua intensidade e permanência, podem predizer uma baixa qualidade de vida com repercussões na reinserção socioprofissional (Bhattacharyya et al., 2007; Fiabane et al.,

2014).

Mittag et al (2001) e Fiabane et al., (2014), relatam-nos a existência de evidências sugerindo que os factores psicológicos são mais importantes do que os factores médicos no processo da recuperação no doente com cardiopatia isquémica. Boudrez e De Backer (2000) e Bhattacharyya et al. (2007), partilham a mesma opinião, referindo o valor predictivo das variáveis psicológicas, nomeadamente as percepções do doente relativamente à doença e às expectativas de incapacidade.

Já anteriormente, Shanfield (1990) e Soejima et al. (1999) consideravam a personalidade determinante nos resultados no período de convalescência e no retorno ao trabalho. Adiantam que as pessoas com personalidade “tipo A” apresentaram períodos de convalescência mais curtos e taxas de regresso ao trabalho mais elevadas do que as pessoas do “tipo B”.

Na presente investigação as mulheres apresentavam o neuroticismo como traço predominante da personalidade enquanto os homens se caracterizavam de extroversão. Em relação ao efeito da personalidade no regresso ao trabalho o neuroticismo revelou-se como pedidor do regresso ao trabalho da pessoa após cardiopatia isquémica. Riegel e Gocka (1995) referiram que a maioria dos investigadores sugeriu que o ajustamento em relação à doença é condicionado pelo neuroticismo, cuja característica é a tendência em se preocupar. Acrescentam que, este traço de personalidade poderá explicar a demora quanto ao regresso ao trabalho.

A identificação dos factores psicossociais que condicionam a reinserção socioprofissional tem implicações práticas importantes no planeamento de intervenções de reabilitação cardiovascular multidisciplinares e na implementação de programas específicos destinados a melhorar os resultados em saúde, capacitando o doente na decisão do regresso ao trabalho e na prevenção da incapacidade.

O estudo comporta algumas limitações metodologias, tais como, desenho de investigação, amostra e instrumentos de medida.

Nesta investigação não foram estudados factores psicológicos importantes, como a depressão, os mecanismos de coping, a autoeficácia, bem como a opção por estudos experimentais, pelo que sugere-se a sua abordagem em futuras investigações.

A literatura mostra que a reintegração do trabalho precoce de pessoas que estiveram ausentes devido a problemas de saúde é uma meta difícil de alcançar devido à complexidade dos factores envolvidos. O regresso ao trabalho após um evento cardíaco é um processo multidimensional que parece ser fortemente influenciado por factores psicossociais, entre os quais a personalidade. Assim, ao identificar os traços da personalidade do indivíduo, nomeadamente o pensamento, os sentimentos, o comportamento, a forma de agir nas atividades do dia-a-dia, seria possível prever comportamentos associados ao processo de saúde e doença.

PERSONALIDADE E REGRESSO AO TRABALHO DA PESSOA APÓS CARDIOPATIA ISQUÊMICA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro, F. (2001). *A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Attarchi, M., Rigi, A. R., Mirzamohammadi, E., & Mohammadi, S. (2012). Assessment of the main factors influencing return to work following myocardial infarction: A longitudinal study. *Int. J. Collab. Res. Internal med. Public health*, 4 (6): 1305-1314.
- Bergvik S., Sørli T., & Wynn R. (2012). Coronary patients who returned to work had stronger internal locus of control beliefs than those who did not return to work. *Br J Health Psychol*. 2012 Sep;17(3):596-608. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02058
- Bhattacharyya, M. R., Perkins-Porras, L., Whitehead, D. L., & Steptoe, A. (2007). Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *EurHeart J*, 28, 160-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehl440>
- Boudrez, H., De, & Backer, G. (2000). Recent findings on return to work after an acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. *Acta Cardiol*;55:341-349.
- Dias, A. M. (2004). Personalidade e coronariopatia. *Rev Millenium*;30:191-201.
- Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. (2013). Portugal: Doenças cérebro-cardiovasculares em números 2013. Retirado de: <http://www.spc.pt/DL/Home/fm/i019350.pdf>
- Dreyer, R. P., Xu, X., Zhang, W., Du, X., Strait, K. M., Bierlein, M., ..., Krumholz, H. M. (2016). Return to Work After Acute Myocardial Infarction: Comparison Between Young Women and Men. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*; 9: S45-S52. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002611
- Fiabane, E., Omodeo, O., Argentero, P., Candura, S. M., & Giorgi, I. (2014). Return to work after an acute cardiac event: the role of psychosocial factors. *Prevention & Research*, 3 (4): 134-141.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas.
- Leal J., Luengo-Fernandez, R., Gray A., Petersen, S., & Rayner, M. (2006). Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *EurHeart J*; 27:1610-1619.
- Mirmohammadi, S. J., Sadr-Bafghi, S. M., Mehrparvar, A. H., Gharavi, M., Davari, M. H., Bahaloo, M.,... Shokouh, P. (2014). Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction. *ARYA Atheroscler*. 10 (3): 137-140.
- Mittag, O., Kolenda, K. D., Nordmann, K. J., Bernien, J., & Maurischat, C. (2001). Return to work after myocardial infarction/coronary artery bypass grafting: Patients' and physicians' initial viewpoints and outcome 12 months later. *Social Science & Medicine*, 52, 1441-1450. doi:10.1016/S0277-9536(00)00250-1
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Riegel, B., & Gocka, I. (1995). Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 24(6):457-66.
- Shanfield, S. B. (1990). Return to work after an acute myocardial infarction. *American review*, 7. *Heart Lung*, 19. p. 109-117.
- Soejima, Y., Steptoe, A., Nozoe, S., & Tei C. (1999). Psychosocial and clinical factors predicting resumption of work following acute myocardial infarction in Japanese men. *Int J Cardiol*;72:39-47.
- Vaz Serra, A., Ponciano, E. & Fidalgo Freitas, J. (1980). Resultados da aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma amostra de população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 127-132.
- World Health Organization. *World Health Statistics (2014)*. Geneva, World Health Organization. Retirado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/>

SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO INTERIOR
CLIENT SATISFACTION IN A PRIMARY HEALTH CARE CENTRE IN THE INTERIOR REGION

António Oliveira¹
Carlos Albuquerque^{1,3}
Madalena Cunha^{1,3}
Marina Oliveira²
Ana Andrade¹

¹CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

²Aces Dão Lafões

³CIEC, Universidade do Minho, Portugal

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A satisfação do utente é como um indicador de qualidade no sistema de saúde de qualquer país, pelo que o conhecimento da perspetiva do utente acerca desta dimensão é considerada indispensável, para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e para identificar problemas a corrigir, expectativas em relação aos cuidados e ainda reorganizar serviços de saúde.

OBJETIVO

A investigação pretende: (i) avaliar a Satisfação dos Utentes numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários do Interior de acordo com os indicadores European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP); (ii) determinar a influência de um conjunto de variáveis de contexto sociodemográfico, de natureza biopsicológica na satisfação dos utentes.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal de natureza quantitativa, transversal, descritivo correlacional, com recurso a uma amostra de 419 indivíduos, da Unidade de Cuidados de Saúde Primários do Interior, na sua maioria do sexo feminino (58.00%), casados (70.40%), residentes em meio urbano (51.70%), detentores do 3º Ciclo do Ensino Básico (35.30%) e com uma média de idade de 39.40 anos. O instrumento de colheita de dados, além de uma ficha de caracterização sociodemográfica, incorporou o EUROPEP, que é um instrumento de medição da satisfação dos usuários dos serviços de saúde na Europa.

RESULTADOS

Os resultados evidenciam que 53.30% dos utentes inquiridos manifestam estar globalmente satisfeitos com o seu serviço de saúde prestador de cuidados, tendo evidenciado um melhor índice de satisfação no indicador “relação e comunicação” (63.20%) e um menor na “organização dos serviços” (29.30%). Das variáveis estudadas, enquanto determinantes da satisfação dos utentes, realçamos que as que evidenciam um efeito significativamente diferente e melhor sobre a generalidade das dimensões são: sexo (a favor dos homens), local de residência (a favor dos utentes que residem em meio urbano) e habilitações literárias (manifestando os que possuem o ensino secundário melhores índices de satisfação). Já o efeito da idade e do estado civil não se revelaram estatisticamente significativos.

CONCLUSÕES

Ter avaliado o índice de satisfação dos utentes que recorrem aos serviços de saúde numa unidade de saúde do interior do país, bem como alguns dos seus determinantes, revelou-se um indicador importante com vista à eficiência e ajustamento dos cuidados prestados. Porém fica patente que esta avaliação deve ser monitorizada no tempo, tendo em conta as realidades socioeconómicas e culturais específicas de cada comunidade, para assim se planearem e implementarem alterações estruturais e organizacionais nos serviços.

PALAVRAS CHAVE

Satisfação; Utentes; Saúde; Gestão de Serviços.

SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO INTERIOR

ABSTRACT

INTRODUCTION

The client satisfaction works as an indicator of quality in the health care system of any country and the acknowledge of the users perspective in relation to this dimension is considered essential to monitor the quality of the health care services, to identify the issues that need to be addressed, expectations and also in order to reorganize the service provision. The research pretends to identify the client's satisfaction using the EUROPEP indicators and to determine in which way this is influenced by the variables in study.

OBJECTIVE

Evaluate the clients satisfaction in a health care centre localized in the interior centred region of Portugal according to the EUROPEP indicators.

Determine the influence of a group of variables of sociodemographic context and biopsychological nature over the client's satisfaction.

METHODS

Transversal, descriptive correlational study of quantitative non-experimental nature, with a sample of 419 clients of the health care centre, being mostly of the female sex (58.00%), married (70.40%), living in the city (51.70%), detaining the 7th, 8th or 9th grade of school (35.30%) and with an average age of 39.40 years.

RESULTS

The index of 'global satisfaction' has obtained a mean of 53.30%, but better mean in the index 'relation and communication' (63.20%) and worse in 'service organization' (29.30%).

As hypothetical determinants of client's satisfaction the variables that showed meaningful effect, different and better over the generality of the dimensions where: sex (men), area of residence (city), literacy (detaining the 10th, 11th or 12th grade of school).

CONCLUSIONS

Knowing the satisfaction index of the clients that use the health care services is a fundamental and structural element to the efficiency and quality of the care provided. Although this needs to be monitored taking in account the socioeconomic and cultural realities of each community, in order to plan and implement services.

KEYWORDS

Client; Satisfaction; Health; Service Management;

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde resulta de um processo evolutivo de aperfeiçoamento constante com influência reconhecida por diversos determinantes, não apenas associados a decisões governamentais, mas também da participação e adesão das forças envolvidas, sobressaindo os profissionais de saúde e os cidadãos. A oferta de cuidados de saúde em Portugal sofreu grandes transformações e tem sido influenciada por agentes tão diversos como a legislação que define a estrutura do Sistema Nacional de Saúde (SNS) português, o sistema de financiamento, a evolução demográfica e as características da população, o

crescimento económico, o investimento público e privado na área da saúde e a dinâmica do sector privado (Barros, 2009)¹.

A qualidade em saúde tem vindo a merecer uma crescente e prioritária atenção, a par do que acontece na actividade económica. O próprio conceito evoluiu, na direcção da satisfação dos indivíduos ou populações, surgindo os conceitos de qualidade e satisfação do cliente/utente, cada vez mais interligados. Compreendendo abordagens técnicas de estrutura, processo e resultados, assim como de serviços, relações interpessoais do atendimento, a qualidade em saúde tem destacado a prioridade de intervenção na acessibilidade dos serviços, personalização dos cuidados, acolhimento, acompanhamento e continuidade

SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO INTERIOR

dos cuidados. A formação profissional, particularmente do pessoal de contacto (enfermeiros, médicos e administrativos), é tida como prioritária. Para o futuro, considera-se impreterível centrar o sistema de saúde na pessoa, cidadão e profissional, garantindo uma permanente participação, liderança e flexibilidade (DGS, 1998)².

Na melhoria da prestação de cuidados de saúde, um dos critérios de sucesso é saber em que medida os serviços de saúde conseguem ir ao encontro das necessidades e carências dos cidadãos utilizadores. Para tal, é imprescindível escutar as opiniões emitidas pelos utentes, sobre em que medida os cuidados dos quais foram alvo contribuíram para melhorar, minimizar ou resolver o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida (Pisco, 2001 cit. in Ribeiro, 2005)³.

A medição da satisfação dos utentes é essencial para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo também uma oportunidade de participação do utente na construção de um serviço de saúde à sua medida, baseado na percepção e valorização dos serviços prestados.

A satisfação é uma percepção pessoal relacionada com a realização de uma expectativa, quer pela própria pessoa, ou com intervenção de outros, avaliada pela perspectiva da pessoa, logo é o resultado das boas práticas, ou seja, é o bem-estar do utente manifestado pela sua opinião positiva sobre a qualidade dos cuidados que lhe foram prestados (Ribeiro, 2005)³. Partindo deste pressuposto, a satisfação com os cuidados de saúde está intimamente relacionada com a qualidade dos cuidados de saúde. Ware et al., (1977)⁴ referiram mesmo que a satisfação do paciente deve ser percebida como um conceito multidimensional.

Muitas são as classificações e divisões das dimensões da satisfação dos utentes. A mais identificada na bibliografia e a mais usual é a divisão referenciada por Ware (1981)⁵, Nelson (1989)⁶ e Goldfield (1994)⁷. De acordo com estes investigadores, a satisfação assenta em seis dimensões distintas: (1) acessibilidade/conveniência; (2) disponibilidade; (3) continuidade dos cuidados; (4) aspectos financeiros; (5) aspectos interpessoais; e (6) aspectos técnicos.

Partindo deste enquadramento, o grau de satisfação do cliente, de acordo com Ferreira, Raposo e Godinho (2005)⁸, deve ser encarado com um valor balizador da conduta dos profissionais de saúde, devendo esta ser orientada para as necessidades e desejos do utente. Toda a política da qualidade em saúde, para ser eficaz, tem de basear-se em informação fiável e atual sobre o desempenho das unidades de prestação de cuidados. Torna-se assim necessário manter uma postura de constante medição, através de instrumentos cientificamente adaptados e validados para o contexto e realidade do objecto de medição.

É cada vez mais aceite que a insatisfação é relativa a componentes próprias dos cuidados: tempo de espera, comunicação, privacidade, informação e acessibilidade, os clientes valorizam benefícios de aumento de eficiência operacional, geralmente tendo como consequência, resultados como tempo mínimo de espera, filas mais curtas e experiências livres de controvérsias

(Kotler & Lee, 2008)⁹.

Algumas razões da insatisfação dos utentes face aos cuidados recebidos nos centros de saúde estão associados à impossibilidade de acesso ao médico de família durante o fim de semana e em períodos pré e pós-laborais, a escassez de visitas domiciliárias, a dificuldade de marcação de consultas e o tempo de espera no dia da consulta, o pouco tempo que o médico dispõe para proporcionar ao doente a possibilidade de falar das suas preocupações e a pouca valorização das opiniões dos doentes.

Tendo por base o contexto anteriormente descrito e em virtude da existência de poucos estudos portugueses, já efectuados no domínio concreto da realidade local vivenciada em pequenas instituições de saúde sediadas no interior do país, fomos levados a expressar a nossa problemática na seguinte questão de investigação: “Como se caracteriza a satisfação dos utentes de uma unidade de cuidados de saúde primários do interior do país e quais os seus principais determinantes?” Tendo presente o enquadramento desta questão, traçamos como objetivos subjacentes do estudo: (i) avaliar a satisfação dos utentes numa unidade de cuidados de saúde primários do interior, de acordo com os indicadores EUROPEP; (ii) determinar a influência das variáveis de contexto sociodemográfico, de natureza biopsicológica na satisfação dos utentes.

MÉTODOS

Estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo-correlacional, com recurso a uma amostra de 419 indivíduos, da Unidade de Cuidados de Saúde Primários do Interior cuja idade oscila entre um mínimo de 17 anos e um máximo de 77 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 39.40 anos, um desvio padrão de 12.83 anos e um coeficiente de variação de 32.56%, que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média. Maioritariamente são do sexo feminino (58.00%), casados (70.40%), residentes em meio urbano (51.70%) e detentores do 3º Ciclo do Ensino Básico (35.30%).

O instrumento de colheita de dados, além de uma ficha de caracterização sócio-demográfica, incorporou o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP), que é um instrumento de medição da satisfação dos usuários dos serviços de saúde na Europa.

Integra ainda uma questão referente à auto-avaliação do estado de saúde cuja possibilidade de resposta pode ser “Excelente / ótima”, “Muito boa”, “Boa”, “Razoável” e “Má” e outra questão “é a 1ª vez que vai ao Centro de Saúde?”.

Em relação aos Indicadores-chave EUROPEP: Relação e Comunicação, Cuidados Médicos, Informação e Apoio, Continuidade e Cooperação, Organização dos Serviços e Satisfação Global Europep, estes são obtidos através de 23 perguntas, em que para todas as perguntas utilizamos escalas de Likert de um (má qualidade) a cinco (excelente qualidade) mais uma categoria prevendo situações em que a pergunta não

SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO INTERIOR

se aplica ou não é considerada relevante (“Não Aplicável/Não Relevante”) para a situação específica de cada utente e na análise referente a estas questões não são contabilizadas as respostas “Não Aplicável/Não Relevante”, tendo sido estas transformadas em missing value, no sentido de não interferir no somatório dos scores e/ou médias finais (Ferreira, Raposo & Godinho, 2005)⁸. Os índices são calculados através de médias, após uma conversão de todas as respostas para uma escala de 0 a 100, em que 0 corresponde à pior qualidade e satisfação possíveis e 100 às melhores imagináveis. Foi também construído um índice de satisfação global, incluindo as respostas a todas as 23 perguntas. Esta operacionalização e cálculo foi efectuada da mesma forma que o estudo dos autores Ferreira, Raposo e Godinho, 2005⁸.

RESULTADOS

A Relação e Comunicação, os Cuidados Médicos, a Informação e Apoio, a Continuidade e Cooperação e a Organização dos Serviços são, segundo o grupo EUROPEP, os indicadores mais significativos sempre que os utentes avaliam a qualidade dos Cuidados de Saúde Primários. Pelos resultados obtidos no estudo constatamos que a satisfação global dos utentes a nível dos indicadores Europep foi de 53.30%, o que indica que os participantes inquiridos avaliaram favoravelmente os cuidados prestados na sua unidade de saúde no que refere às dimensões Europep. No quadro 1 são expressos os resultados dos scores médios obtidos em cada um dos indicadores. Destacáramos positivamente o indicador Relação e Comunicação (63.20%), assim como a Informação e Apoio que recebem 59.60% de manifestação de satisfação, a Qualidade de Cuidados Médicos-54.80% e finalmente, a Continuidade e Cooperação que também expressam resultado positivo (53.90%). Por outro lado é com a Organização dos Serviços que os utilizadores dos serviços se mostram mais insatisfeitos (29.30%).

Quadro 1– Resultados descritivos dos Indicadores-Chave Europep

Indicadores – Chave-Europep	Média %	Desvio Padrão
Relação e Comunicação	63.20	24.30
Cuidados Médicos	54.80	24.40
Informação e Apoio	59.60	27.20
Continuidade e Cooperação	53.90	27.30
Organização dos serviços	29.30	21.00
Satisfação Total	53.30	21.80

Partindo do pressuposto que a satisfação dos utentes pode ser determinada por um conjunto de factores de ordem sociodemográfica e até de auto percepção do estado de saúde da pessoa cliente dos serviços de saúde, decidimos também neste estudo objectivar esse mesmo hipotético efeito. Nesse sentido, os resultados obtidos pelas correlações de Pearson entre a idade e os resultados dos Indicadores – Chave Europep, expressam a existência de associações negativas,

estatisticamente significativas, entre a idade e a totalidades dos Indicadores – Chave Europep, o que nos leva a considerar que quanto maior a idade dos utentes menor é a Satisfação ($r=-0.243$; $p=0.000$). Em relação à influência da variável sexo, os resultados dos testes t de Student, revelam que os sujeitos do sexo masculino pontuam significativamente diferente e melhor que os sujeitos do sexo feminino (Cf. Quadro 2) no resultado das seguintes dimensões dos Indicadores – Chave Europep: Relação e Comunicação; Informação e Apoio; e Continuidade e Cooperação. Nas dimensões Cuidados Médicos, Organização dos Serviços e Satisfação Global Europep, apesar dos sujeitos do sexo masculino apresentarem igualmente scores mais elevados, estas diferenças não são estatisticamente significativas o que nos leva a inferir que existem apenas diferenças estatisticamente significativas entre as médias do sexo feminino e as do sexo masculino na satisfação dos Utentes, no domínio dos indicadores em que existe significância estatística ($p<0.05$).

Quadro 2- Resultados do Test t de Student, na Satisfação dos Utentes em função da variável Sexo

Indicadores – Chave Europep	Sexo	n	Média	Dp	Levene	p	t	p
Relação e Comunicação	Masculino	160	66.48	23.86	1.640	.201	2.276	.023
	Feminino	216	60.74	24.41				
Cuidados Médicos	Masculino	144	56.42	23.71	.036	.849	1.050	.294
	Feminino	212	53.66	24.87				
Informação e Apoio	Masculino	155	65.20	25.98	.573	.49	3.361	.001
	Feminino	225	55.78	27.45				
Continuidade e Cooperação	Masculino	147	58.08	28.06	2.239	.135	2.450	.015
	Feminino	212	50.94	26.48				
Organização dos serviços	Masculino	144	31.31	22.49	2.819	.094	1.481	.139
	Feminino	224	27.99	19.88				
Satisfação Global Europep	Masculino	115	56.29	20.42	2.019	.156	1.843	.066
	Feminino	189	51.55	22.54				

Para a variável estado civil as diferenças entre as médias obtidas na satisfação pelo grupo de utentes solteiros e as obtidas pelo grupo de utentes casados não se mostraram estatisticamente significativas (Cf. Quadro 3). Em relação à influência da variável “número de consultas neste Centro de Saúde” e a Satisfação Global Europep, os resultados dos testes t de Student, expressos no quadro 5, revelam que, ocorrem diferenças significativas nos grupos de utentes em que era a 1ª vez na Unidade de Saúde e os que não era a 1ª vez na Unidade de Saúde. Manifestou-se em relação à facilidade com que se sentiram à vontade para contar os seus problemas ao médico, à forma como o médico os ouviu e teve interesse nos seus problemas de saúde, bem como os fez sentir que tinha tempo suficiente durante as consultas e à forma como foram envolvidos nas decisões sobre os cuidados que lhe foram prestados.

SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO INTERIOR

Quadro 3- Resultados do Test t de Student, na Satisfação dos Utentes em função da variável Estado Civil e da variável frequência com que recorre ao Centro de Saúde

Satisfação	Estado Civil	n	Média %	Dp	Levene	p	t	p
Satisfação Global Europep	Solteiro	81	55.83	16.86	6.845	.009	1.272	.205
	Casado	207	52.74	22.13				
Satisfação	1ª Vez no CS	n	Média	Dp	Levene	p	t	p
Satisfação Global Europep	Sim	32	44.91	18.28	.877	.350	-2.327	.021
	Não	272	54.34	22.05				

Considerando o efeito da variável zona de residência na Satisfação dos Utentes, os resultados obtidos são de verificação de efeitos significativos desta variável (cf. Quadro 4) cujas diferenças entre as médias obtidas pelos grupos de Utentes pertencentes aos diferentes Locais de Residência, vão no sentido dos resultados subjacentes a uma melhor satisfação serem expressas pelo grupo de utentes residentes na Cidade.

Quanto ao efeito das habilitações literárias sobre a Satisfação Global Europep os testes post-hoc de Tukey localizam diferenças estatisticamente significativas entre as médias do grupo dos utentes que detêm o 1º e 2º ciclo do ensino básico (M=44.52) e os que detêm o 3º ciclo do ensino básico (M=54.48; Tukey=.017) e também localizam diferenças estatisticamente significativas entre as médias do grupo dos utentes que detêm o 1º e 2º ciclo do ensino básico (M=44.52) e os que têm o ensino secundário (M=59.25; Tukey=.000), revelando estes valores que os utentes que detêm o 1º e 2º ciclo do ensino básico estão menos satisfeitos do que os utentes que possuem o 3º ciclo do ensino básico e dos que possuem o ensino secundário (cf. Quadro 4).

No tocante à variável percepção do Estado de Saúde e a relação com Satisfação Global Europep os testes de Tukey mostram diferenças significativas entre o grupo de utentes que manifestam a sua saúde ser “muito boa” (M=66.85) com o que manifesta ser “razoável” (M=49.25; Tukey=.003) e os que manifestam ser “má” (M=46.74; Tukey=.028), mostram também diferenças significativas as médias entre os grupos de utentes que manifestam a sua saúde ser “boa” (M=58.26), com os que manifestam ser “razoável” (M=49.25; Tukey=.019), nestes casos foram os que manifestaram melhor saúde a apresentar-se mais satisfeitos.

Quadro 4- Resultados da ANOVA e Teste de Tukey: Satisfação dos utentes em função do Local de Residência das Habilitações Literárias e Percepção do Estado de Saúde

Satisfação	Local Residência	n	Média %	Dp	F	p	Post-hoc Test
Satisfação Global Europep	A. Cidade	163	56.64	22.44	6.932	.001	A>B
	B. Vila	40	42.77	22.26			p=.001 B<C
	C. Aldeia	101	52.23	19.33			p=.049
Satisfação	Habilitações Literárias	n	Média %	Dp	F	p	Post-hoc p=
Satisfação Global Europep	A. 1º e 2º Ciclo do Ensino Básico	56	44.52	21.55	5.865	.001	A<B p=.017 A<C p=.000
	B. 3º Ciclo do Ensino Básico	116	54.48	21.08			
	C. Ensino Secundário	86	59.25	18.87			
	D. Ensino Superior	42	54.99	21.36			
Satisfação	Estado de Saúde	n	Média %	DP	F	p	Post-hoc p=
Satisfação Global Europep	A. Excelente/Ótima	16	63.35	27.61	6.209	.000	B>D p=.003 B>E p=.028 C>D p=.019
	B. Muito Boa	22	66.85	19.09			
	C. Boa	75	58.26	19.02			
	D. Razoável	174	49.25	29.93			
	E. Má	17	46.74	27.31			

DISCUSSÃO

A generalidade dos dados de caracterização sociodemográfica é concordante com os da generalidade dos estudos confrontados. A diferença percentual entre os dois sexos vão de encontro aos encontrados nos do estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005)⁸, que se baseou numa amostra de 11166 utentes, também estes eram na sua maioria do sexo feminino (65.90%). Num outro estudo realizado por Ferreira et al., (2001)¹⁰, onde a amostra foi de 4000 utentes, a sua maioria era constituída por mulheres (62%). Ainda num outro estudo levado a cabo por Ferreira e Antunes (2009)¹¹, abrangendo 146 USF's (12713 utentes), mais de metade da amostra (67.50%) era constituída por utentes do sexo feminino.

Verificamos que 51.10% dos utentes expressa que o estado de saúde está “Razoável” e 26.50% que está “Bom”. Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias encontradas nos resultados da satisfação com a variável “auto-percepção do estado de saúde” sendo que os mais satisfeitos eram os que manifestavam a sua saúde ser “muito boa”.

Os resultados obtidos no estudo de Ferreira, Raposo e Godinho (2005)⁸, são idênticos pois 55.30% refere que o seu estado de saúde está “Razoável”, 16.00% que está “Bom”, embora sejam dispares ao referirem 22.10% que o seu estado de saúde está “Má” e no nosso estudo apenas 5% o referem.

Ferreira (1999)¹², considera que a percepção que os utentes têm do seu estado de saúde influencia de forma muito significativa a sua satisfação global, sendo os utentes que o classificam como excelente, os mais satisfeitos, e os que o classificam como fraco

SATISFAÇÃO DOS UTENTES NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO INTERIOR

os mais insatisfeitos.

Em relação à Satisfação Global Europep e restantes indicadores, destacamos positivamente o indicador Relação e Comunicação (63.20), assim como a informação e apoio que recebem (59.60), os nossos resultados estão concordantes com os de Ferreira, Raposo e Godinho (2005), pois também esses utentes estavam na generalidade satisfeitos com o seu médico de família em especial com a relação e comunicação (68%) bem como a informação e apoio que recebem (59%).

Assim como no nosso estudo, também os de McIntyre et al., (2001)¹³, Ferreira, Raposo e Godinho (2005)¹¹, sustentam que a organização dos serviços deve ser uma área de intervenção a privilegiar, sendo apresentado muitas vezes como o indicador com pior índice de satisfação. De facto no estudo “2011 Survey of Health Care Consumers in Portugal”¹⁴, as principais áreas de oportunidade de melhoria apontadas foram os tempos de espera e o acesso aos cuidados de saúde.

CONCLUSÕES

Em face dos objetivos delineados, as principais conclusões do estudo foram:

- São os homens a apresentar melhor índice de satisfação nas dimensões Relação e Comunicação $p=.023$, Informação e Apoio $p=.001$ e Continuidade e Cooperação $p=.015$.
- Os utentes de maior idade relataram menor satisfação;
- O grupo de utentes residentes na Cidade apresenta melhor índice de satisfação.
- Genericamente os solteiros pontuam mais favoravelmente que os casados, mas sem a verificação de efeitos significativos;
- Os utentes que revelam deter como habilitações literárias o “Ensino Secundário” são os que se apresentam mais satisfeitos;
- Os utentes que auto-percecionam a sua saúde como “excelente/ óptima apresentam na generalidade um índice de satisfação significativamente mais elevado;
- Os utentes que vão ao CS pela 1ª vez são os que se apresentam de um modo global menos satisfeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Barros, P. P. (2009). *Economia da saúde: Conceitos e comportamentos* (2ª ed.). Lisboa: Almedina.
- 2 Direção Geral de Saúde (1998). *O hospital português*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- 3 Ribeiro, A. L. A. (2005). *O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 16, 53-60.
- 4 Ware, J. E., Davies-Very, A. & Stewart, A. L. (1977). *The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the literature*. Santa Monica, CA: RAND Publication.
- 5 Ware, J. (1981). *Research methodology: How to survey Patient satisfaction*. Drug Intelligence and Clinical Pharmacy, 15, 892-899.
- 6 Nelson, E. (1989). *The patient judgment system: Reability and validity quality*. Review Bulletin, 15, 185-191.
- 7 Goldfield, N. (1994). *Measuring and managing health care quality: Procedures, techniques and protocols*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- 8 Ferreira, P. L., Raposo, V. & Godinho, P. (2005). *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde.
- 9 Kotler, P. & Lee, N. (2008). *Marketing no Setor Público: Um guia para um desempenho mais eficaz*. São Paulo, Bookman.
- 10 Ferreira, P. L. et al. (2001). *Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo*. Lisboa. Recuperado em 14 de Junho de 2010.
- 11 Ferreira, P. L. e Antunes, P. (2009). *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF*. Coimbra. Recuperado em 14 de Junho de 2010.
- 12 Ferreira, P. L. (1999). *A voz dos doentes: Satisfação com a medicina geral e familiar: Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- 13 McIntyre, T., Pereira, M. G. & Soares, V. A. (2001). *Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto*. Psicologia, Saúde e Doenças, 2 (2), 69-80.
- 14 Keekley, P. H., Coughlin, S., Gupta, S., Bajanca, M. & Moreira, S. (2011). *2011 Survey of Health Care Consumers in Portugal: Key Findings, Strategic Implications*. Washington: Deloitte Center for Health Solutions.

DETERMINANTES DA PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE À ADEÇÃO DOS UTENTES AOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO
DETERMINANTS OF THE PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS REGARDING PATIENT ADHESION TO REHABILITATION PROGRAMS*Ana Batista¹**Carlos Albuquerque^{2,3}**Rosa Martins²**Isabel Bica^{2,4}**Olivério Ribeiro²*¹Hospital Sousa Martins _ ULS Guarda²CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu³CIEC, Universidade do Minho, Portugal⁴CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research**RESUMO****INTRODUÇÃO**

A adesão aos programas de reabilitação constitui actualmente uma fonte de preocupação transversal a todos os profissionais de saúde. Com o evoluir dos tempos o utente deixou de ter um papel passivo relativamente às prescrições médicas, passando a ter uma responsabilização individual pelo seu estado de saúde e controlo da sua doença. Porém, a taxa de incumprimentos continua ainda particularmente elevada.

OBJETIVO

Determinar a influência dos determinantes sociodemográficos e de contexto laboral na percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa de natureza quantitativa, transversal, descritivo correlacional, com recurso a uma amostra não probabilística constituída por 98 profissionais de saúde maioritariamente do sexo feminino (58,16%) e com uma média de idades de 39,80 anos (Dp= 9,96). O instrumento de colheita de dados incorporou uma ficha de caracterização sociodemográfica e profissional, e a escala de percepção da adesão, aferida e validada para a população portuguesa.

RESULTADOS

O score da percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação foi de 6,48, valor com expressão acima da média. Os profissionais de saúde que tendencialmente apresentam maior percepção da adesão por parte dos utentes aos programas de reabilitação, são: (i) do sexo feminino; (ii) trabalham maioritariamente com utentes com patologia cárdio-respiratória e neurológica; (iii) e têm na sua maioria a categoria de enfermeiros. Outras variáveis que evidenciaram um efeito estatisticamente significativo e tendencialmente de sentido directo sobre a percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação, foram o tempo de experiência profissional, a idade, o horário de trabalho praticado e o nível de formação académica.

CONCLUSÕES

As evidências encontradas permitem subentender a necessidade que todos os profissionais de saúde ainda têm em continuar a desenvolver, de forma efectiva e transversal e com o envolvimento directo do utente, estratégias que potenciem a adesão destes aos programas de reabilitação. Propomos a formação contínua dos profissionais bem como a realização de campanhas de sensibilização junto da comunidade. Também uma reflexão sobre a adequação e ajustamento dos conteúdos programáticos escolares poderá vir a dar contributos pertinentes para a solução desta problemática.

PALAVRAS CHAVE

Percepção; Profissionais de Saúde; Adesão; Programas de Reabilitação

DETERMINANTES DA PERCEÇÃO DOS PS FACE À ADEÇÃO DOS UTENTES AOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO

ABSTRACT

INTRODUCTION

Adherence to rehabilitation programs is a concern of health professionals especially since patients don't have a passive role anymore when it comes to their own prescriptions and have grown an individual responsibility for their health. However, the rate of failures in treatment schedules is still high.

OBJETIVE

To determine the influence of sociodemographic determinants and labor context in the perception of health professionals regarding patient adherence to rehabilitation programs.

METHODS

This is a quantitative, descriptive and correlational study based on a sample of 98 health professionals, mostly female (58,16%) and with an average age of 39,80 years ($Dp=9.96$). The instrument used to collect the data was a form that incorporated sociodemographic and professional characterization and a perception scale adapted and validated for Portuguese population.

INTRODUÇÃO

Atualmente uma percentagem significativa da população mundial depara-se com a necessidade de tomar medicação e de adotar medidas para controlar e tratar tanto patologias de índole agudo como crónico. As doenças crónicas, são caracterizadas pela dificuldade em administrar tratamentos eficazes e de cura rápida, dando lugar a prescrições de tratamentos diversificados com intervenção de vários profissionais de saúde (PS), durante longos períodos de tempo e geralmente muito dispendiosos para os serviços de saúde, estando associadas a 60% das mortes em todo o mundo (Health Instituit, 2013)¹. Segundo a World Health Organization (2003)², menos de 30% dos pacientes portadores de doenças crónicas adotam as recomendações comportamentais recebidas que têm como objetivo a diminuição do risco e das consequências negativas destas condições, tornando-se a baixa adesão num problema mundial.

Embora muitos pesquisadores relacionem adesão ao tratamento com adesão à medicação, esse termo refere-se a numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos, envolvendo sim aspetos referentes ao sistema de saúde, fatores sócio económicos, além de outros determinantes relacionados ao tratamento, ao utente e à própria doença (Andrade, Araújo,

RESULTS

The score of the professional perception is 6.48, above the average value. Professionals with the greater perception of adherence by the patients of these programs are: (i) female; (ii) work with patients with cardio- respiratory and neurological pathologies; (iii) trained nurses.

Other variables that showed a statistically significant effect on the perception of health professionals regarding the adherence of users to rehabilitation programs were the years of professional experience, age, practice working hours and the level of academic training.

CONCLUSIONS

The evidence show the need for all health professionals to continue to develop effective strategies that enhance patient adherence to rehabilitation programs. We propose the continuous training of professionals as well as awareness campaigns in the community. We also recommend adequacy and adjustment of academic contents that could potentially provide relevant contributions to the solution of this problem.

KEYWORDS

Health professionals; Adhesion; Rehabilitation programs.

Pimenta Andrade, Soares & Cianca, 2010)³. Rodin, Hill & Ockene (1997, cit in Gusmão et al., 2006)⁴ conceituam adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhoria da saúde, com o objetivo de reduzir os sinais e sintomas de uma doença.

Resultados de investigações recentes demonstram que cerca de 20% das prescrições médicas não são seguidas corretamente. Segundo a WHO (2003), muitos utentes manifestam mesmo marcadas dificuldade em seguir o tratamento recomendado, ao ponto de precocemente deixarem, por exemplo, de tomar os medicamentos, deixarem de frequentar os programas de reabilitação (PR) logo aquando do alívio inicial dos sintomas, ou à medida que a doença é controlada. No entanto, essa atitude pode representar riscos para a saúde, com o retorno dos sintomas e complicações, acarretando redobrados gastos em saúde e potenciando uma um problema com consequências, muitas delas imprevisíveis. Se muitas explicações têm sido consideradas no sentido de justificar o porque da não adesão, não é menos verdade que outras tantas advertências e sugestões têm sido apresentadas com o propósito de reduzir as taxas da não adesão. No entanto, é com os profissionais de saúde, na sua relação com os utentes, que estas questões da não adesão surgem diariamente. Preocupa-nos esta elevada taxa de

DETERMINANTES DA PERCEÇÃO DOS PS FACE À ADEÇÃO DOS UTENTES AOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO

adesão nas suas mais diversas dimensões, porém e recentrando a amago da nossa atenção na adesão do utente a programas de reabilitação, falamos no caso de profissionais de saúde (sobretudo médicos, enfermeiros de reabilitação e fisioterapeutas) em que a capacidade de promover uma boa adesão do utente ao tratamento/programa de reabilitação é fundamental para a capacidade de recuperação e consequente reintegração familiar e socio-laboral do utente, para já não falarmos da satisfação de realização profissional subjacente a um bom desfecho clínico. É dentro deste âmbito que se pretende estudar a percepção que estes vários profissionais manifestam em relação ao domínio específico da adesão do utente aos programas de reabilitação, tendo-se objectivado esta problemática do presente estudo na seguinte questão de investigação: Quais os determinantes da percepção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros de reabilitação e fisioterapeutas), face à adesão dos utentes ao tratamento/ programa de reabilitação?. Nesse sentido, com a presente investigação, pretendemos atingir os seguintes objetivos: (i) caraterizar a percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos PR; (ii) conhecer o efeito de um conjunto de determinantes sociodemográficos e profissionais na percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos PR.

MÉTODOS

Foi levada a efeito uma pesquisa de natureza quantitativa, transversal, descritivo correlacional, com recurso a uma amostra não probabilística constituída por 98 profissionais de saúde (enfermeiros de reabilitação, médicos e fisioterapeutas) maioritariamente do sexo feminino (58,16%), com uma média de idades de 39,80 anos (Dp= 9,96), e desempenhando funções em várias valências médicas e cirúrgicas, de hospitais e instituições de saúde, da região centro e norte do país. O instrumento de colheita de dados incorporou uma ficha de caraterização sociodemográfica e profissional, e uma escala de percepção da adesão (Pedro, 2003)⁶, aferida e validada para a população portuguesa. Esta escala é constituída por 68 itens divididos em 8 subescalas, a saber: 1ª adesão relativamente à experiência profissional; 2ª percepção dos profissionais de saúde, sobre a adesão dos seus utentes aos PR; 3ª concetualização da adesão; 4ª indicadores que na opinião dos profissionais de saúde melhor fundamentam a avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação; 5ª fatores que determinam a não adesão dos utentes aos PR; 6ª facilitadores da promoção da adesão; 7ª facilitação da adesão dos utentes aos PR implementada pelos profissionais de saúde; e 8ª fatores importantes para o utente no sentido de facilitar a adesão. Para o tratamento informático dos dados foi usado o programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20,0 para Windows. A recolha de dados foi precedida por um parecer à comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e vinculada pelo consentimento informados dos participantes do estudo.

RESULTADOS

A caracterização dos 98 profissionais de saúde inquiridos evidencia que, em termos de género, 41,84% são do sexo masculino e 58,16% do sexo feminino, com uma média de idades de 39,80 anos, oscilando esta entre um mínimo de 22 e um máximo de 58 anos; sendo o grupo etário mais representativo o dos 30 aos 39 anos (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo o género

Idade	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std.E	K/Std.E	CV (%)
Masculino	41	24	58	40,83	10,13	0,27	-1,85	24,81
Feminino	57	22	54	39,05	9,85	-0,45	-2,14	25,22
Total	98	22	58	39,80	9,96	-0,12	-2,62	25,00

(t=0,870;p=0,906)

Relativamente à categoria profissional, constatamos que na sua maioria são enfermeiros de reabilitação (63,3%) e quanto às habilitações académicas possuem maioritariamente uma pós-licenciatura (59,2%), conforme resultados expressos no quadro 1.

Quadro 1 - Caraterização do individuo por género: categoria profissional, habilitações académicas

Género Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Categoria Profissional								
Médico	11	26,8	4	7,0	15	15,3	2,7	-2,7
Enfermeiro Reabilitação	24	58,6	38	66,7	62	63,3	-0,8	0,8
Fisioterapeuta	6	14,6	15	26,3	21	21,4	-1,4	1,4
Total	41	100,00	57	100,00	98	100,00		
Habilitações Académicas								
Licenciatura ou equivalente	10	24,4	14	24,6	24	24,5	0,0	0,0
Pós-licenciatura	26	63,4	32	56,1	58	59,2	0,7	-0,7
Mestrado	5	12,2	11	19,3	16	16,3	-0,9	0,9
Total	41	100,00	57	100,00	98	100,00		

Contextualizando o tempo de experiência profissional, constatámos que a média no grupo dos profissionais de sexo masculino (17,22) é superior à do grupo das mulheres (16,61), contudo sem evidência de diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Estatísticas relativas à experiência profissional segundo o género

Experiência Profissional	n	Min	Máx	Dp	Sk/Std.E	K/Std.E	CV (%)	
Masculino	41	2	33	17,22	9,65	0,33	-1,96	56,04
Feminino	57	1	31	16,61	9,63	-0,51	-1,98	57,98
Total	98	1	33	16,87	9,60	-0,18	-2,68	56,90

(t=0,307;p=0,685)

DETERMINANTES DA PERCEÇÃO DOS PS FACE À ADEÇÃO DOS UTENTES AOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO

Em relação às especialidades/serviço onde a maioria da nossa amostra exerce funções, constatamos que é na área de cirúrgica (36,6%), praticando na maioria 35 horas semanais (59,2%). No que diz respeito ao tipo de utentes com que os profissionais de saúde trabalham diariamente, os inquiridos referiram que reúnem características de perfil misto, com patologia tanto de identidade crónica como aguda (76,5%). Quanto ao tempo de serviço verificámos que a média evidenciada pelos profissionais do sexo masculino (9,78) é superior à das mulheres com 6,86 anos, apesar de em ambos os sexos a amplitude de variação ser igual, oscilando entre um mínimo de 1 e um máximo de 25 anos. O tipo de patologia mais frequente com que a profissionais de saúde lidam habitualmente é a cardio-respiratória (41,9%) (cf. quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização da amostra pela instituição e especialidade onde exerce a sua atividade profissional, a carga horária semanal e o tipo de utentes com que trabalha, segundo o sexo

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Instituição								
ULS Guarda	22	53,8	23	40,3	45	45,9	1,3	-1,3
ULS Seia	3	7,3	4	7,0	7	7,1	Não aplicável	
Hospital S. Teotónio – Viseu	3	7,3	4	7,0	7	7,1	Não aplicável	
HUC	3	7,3	5	8,8	8	8,2	-0,3	0,3
Instituição Privada	3	7,3	5	8,8	8	8,2	-0,3	0,3
CHTMAD	1	2,4	8	14,0	9	9,2	-2,0	2,0
ACES Alto Tâmega e Barroso	-	0,0	1	1,8	1	1,0	Não aplicável	
ACES Gerês/ Cabreira	1	2,4	2	3,5	3	3,1	Não aplicável	
CHCB	5	12,2	5	8,8	10	10,2	0,6	-0,6
Total	41	100,00	57	100,00	98	100,00		
Especialidades								
Cirúrgica	18	43,9	18	31,6	36	36,6	1,2	-1,2
Médica	11	26,8	16	28,1	27	27,6	-0,1	0,1
Urgência	1	2,4	2	3,5	3	3,1	Não aplicável	
Intensivista	2	4,9	1	1,8	3	3,1	Não aplicável	
MFR	9	22,0	20	35,0	29	29,6	-1,4	1,4
Total	41	100,00	57	100,00	98	100,00		
Carga Horária Semanal								
35	19	46,4	39	68,4	58	59,2	-2,2	2,2
40	15	36,6	17	29,8	32	32,7	0,7	-0,7
45	1	2,4	-	0,0	1	1,0	Não aplicável	
42	6	14,6	-	0,0	6	6,1	Não aplicável	
39	-	0,0	1	1,8	1	1,0	Não aplicável	
Total	41	100,00	57	100,00	98	100,00		
Tipo de Utentes								
Crónicos	2	4,9	6	10,5	8	8,2	-1,0	1,0
Agudos	8	19,5	7	12,3	15	15,3	1,0	-1,0
Ambos	31	75,6	44	77,2	75	76,5	-0,2	0,2
Total	41	100,00	57	100,00	98	100,00		

Passando à caracterização da percepção da adesão, salientamos que a análise dos resultados foi processada tendo por referência os scores obtidos pelos inquiridos em cada uma das subescalas da escala. Quanto à 1ª subescala, os sujeitos da nossa amostra, tendo em conta a sua experiência profissional, referenciam o debate das questões relacionadas com a adesão aos PR como “Pouco Frequente”. Na 2ª subescala, que contextualiza a mensuração dos profissionais de saúde, sobre a percepção da adesão dos utentes aos PR, constatamos que os mesmos, tendo como indicador de monitorização uma escala intervalar de 0 (não adere) a 10 (adesão plena), referem que a adesão dos seus utentes aos PR é expresso por um score médio de 6,48 (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas relativas à 2ª subescala segundo o género

Subescalas	Género	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	SK/Std.E	K/Std.E	CV (%)	Teste t Student
2ª	Masculino	41	3	9	6,44	1,43	-1,54	-0,16	22,20	t=-0,207 p=0,040
	Feminino	57	2	10	6,51	1,91	-1,33	0,64	29,34	
	Total	98	2	10	6,48	1,72	-1,82	0,42	26,54	

Pretendendo identificar o conceito de adesão, mais representativo, nos vários grupos de profissionais de saúde (subescala 3: concetualização da adesão), os resultados indiciam que a maioria dos profissionais adota o conceito de Miller, Hill & Ockene (1997)⁵, o qual ostenta a obrigatoriedade dos utentes para a realização integral dos procedimentos que são indicados pelos profissionais de saúde, no sentido de obterem resultados clínicos positivos. Na 4ª subescala (indicadores que na opinião dos profissionais de saúde melhor fundamentam a avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação), os inquiridos atribuem como “importante”, tanto as características associadas ao controlo da adesão por parte do profissional de saúde, como as características baseadas das referências manifestadas pelos próprios utentes. Tendo em consideração os scores obtidos na 5ª subescala, que analisa a importância atribuída aos fatores que, na opinião dos profissionais de saúde, determinam a não adesão dos utentes aos PR, verificámos que a nossa amostra os perceciona como “importantes”.

Passando á referenciação dos resultados inerentes à 6ª subescala a qual consubstancia três diferentes teorias, que determinam os fatores que na opinião dos inquiridos vão facilitar a promoção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação, constatamos que os profissionais de saúde inquiridos referenciam o modelo da aprendizagem social e a teoria do comportamento planeado como sendo os “Mais Importante”, ao contrário do modelo biomédico que é percecionado apenas como “Importante”. As restantes questões baseadas nas diferentes teorias foram percecionadas como “Muito Importante”, para a promoção da adesão dos utentes aos PR. Já no que se reporta à 7ª subescala, a qual se centra na mensuração dos mecanismos de facilitação da adesão dos utentes aos PR implementada pelos profissionais de saúde, conclui-se que os nossos inquiridos atribuem como

DETERMINANTES DA PERCEÇÃO DOS PS FACE À ADEÇÃO DOS UTENTES AOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO

“Importante” a informação e as estratégias a fornecer ao utente no sentido de facilitar a adesão aos PR, em todas as dimensões da subescala. Particularizando a análise dos resultados da subescala pelas suas três dimensões, salientamos que à 1ª dimensão (Teoria do Modelo da Hipótese Cognitiva de Ley) é atribuída pela inquiridos o grau de “Importante”; à 2ª dimensão, a qual incorpora o Modelo de Representação de Doença, é atribuída pela amostra igualmente o grau de “Importante”; já a 3ª dimensão, relativa ao Modelo da Motivação para a Proteção, os itens são referenciados como “Muito Importante”.

Finalmente os resultados subjacentes à subescala (8ª) que diz respeito aos fatores que são importantes do ponto de vista do utente, no sentido de facilitar a adesão dos mesmos aos PR, tendo por referência pressupostos teóricos baseados em modelos comportamentais, verificamos que o grau de importância atribuído a cada uma das 3 dimensões que integram a 8ª subescala, vai no sentido dos profissionais de saúde reconhecerem como “importante” factores associados ao Modelo de Crenças de Saúde (1ª dimensão) e ao Modelo do Comportamento Planeado (3ª dimensão), e como muito importante factores associados ao Modelo de Auto-Eficácia (2ª dimensão).

No estudo subjacente à análise inferencial entre as variáveis sócio demográficas e profissionais, e a percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos PR, só foram objeto de interpretação as dimensões que na escala permitissem um estudo quantitativo com a variável dependente, concretamente a subescala 4, 5, 6, 7 e 8. Assim, e em relação à influência da variável “género” (quadro 3) os resultados mostram que em todas as subescalas o género feminino é o que pontua mais, mas só é significativo na subescala 5 ($p=0,002$) e 8 ($p=0,004$). Nas restantes subescalas e dimensões os níveis de significância não são estatisticamente significativos. Especificando, são os profissionais de saúde do sexo feminino que mais importância dão às questões relacionada com as características do próprio utente, doença, do sistema de saúde e com o regime de tratamento, como fatores determinantes de não adesão aos PR, bem como a atribuir maior reconhecimento às estratégias, conhecimentos e mecanismos adotados pelo utente no sentido de este aderir aos PR.

Quadro 3 – Resultados do Teste t de Student: Percepção dos profissionais de saúde em função do género

SUBESCALAS	Género	n	\bar{x}	Dp	t	p
4- Métodos da adesão	Masculino	41	12,49	1,48	-2,070	0,378
	Feminino	57	13,16	1,64		
5- Fatores de não adesão	Masculino	41	82,39	12,26	-2,762	0,002
	Feminino	57	88,21	6,66		
6- Modelos de promoção da adesão	Masculino	41	13,34	1,71	-0,717	0,111
	Feminino	57	13,56	1,32		
7- Estratégias dos profissionais	Masculino	41	48,61	5,97	-3,015	0,087
	Feminino	57	51,77	4,42		
8- Comportamentos importantes para utente	Masculino	41	38,49	5,50	-2,874	0,004
	Feminino	57	41,26	3,34		

Em relação ao efeito categoria profissional verificámos a existência de um efeito ligeiramente significativo ($p=0,049$) relativamente à subescala 7. Os enfermeiros especialistas de reabilitação apresentam maior percepção da adesão dos utentes aos PR em relação aos médicos relativamente às estratégias usadas por estes profissionais ($p=0,039$). Assim, são os enfermeiros especialistas de reabilitação a atribuir maior importância à informação e estratégias a fornecer ao utente no sentido de facilitar a adesão aos PR. Considerando o efeito da variável “perfil de patologia dos utentes com quem os profissionais de saúde lidam habitualmente”, constatamos que o mesmo se faz sentir sobre os métodos da adesão (subescala 4; $p=0,009$), sendo que são os profissionais de saúde que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica a expressar menor capacidade de avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação, comparativamente aos profissionais cujo desempenho é sobretudo dirigido a utentes com patologia cardio-respiratória ou patologia neurológica (cf. Quadro 4).

DETERMINANTES DA PERCEÇÃO DOS PS FACE À ADEÇÃO DOS UTENTES AOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO

Tukey da variável Categoria Profissional e Patologias

SUBESCALAS						
VARIÁVEIS	n	4 Métodos de adesão	5 Fatores de não adesão	6 Modelos de promoção	7 Estratégias dos profissionais	8 Comp.imp. para utente
Categoria Profissional		Valores Médios				
A – Médico	15	12,33	86,33	12,93	47,47	38,67
B – Enfermeiro Reab.	62	13,00	86,31	13,65	51,19	40,18
C – Fisioterapeuta	21	12,90	83,81	13,33	50,38	40,90
		Análise de Variância				
	F	1,044	0,534	1,498	3,081	1,079
	p	0,356	0,588	0,229	0,049	0,344
		Post-Hoc (Tukey)				
	p				0.039 (B>A)	
Patologias		Valores Médios				
A – Orto-traumatológica e Reumatológica	11	11,91	80,27	12,91	49,45	37,45
B –Cárdio-Respiratória	13	13,85	86,15	13,38	51,08	41,85
C – Neurológica	7	14,14	89,43	13,29	51,57	41,14
		Análise de Variância				
	F	5,559	1,932	0,279	0,442	2,921
	p	0,009	0,164	0,758	0,647	0,070
		Post-Hoc (Tukey)				
	p	0.020 (B>A)	0.023 (C>A)			

Relativamente à relação entre o grupo etário, habilitações literárias, tempo de experiência profissional, perfil utente com que trabalha (agudo versus crónico), tempo de serviço e a percepção dos profissionais de saúde, os resultados do estudo não evidenciam a existência de qualquer associação estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos PR é de 6,48, sendo considerado um valor acima da média. Relativamente aos determinantes sócio demográficos e profissionais na percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação concluímos que, genericamente: são as mulheres a apresentar maior percepção face à adesão dos utentes aos PR; são os enfermeiros especialistas de reabilitação que apresentam maior percepção da adesão dos utentes aos PR em relação aos médicos relativamente às estratégias usadas por estes profissionais; são os profissionais de saúde que trabalham com utentes com patologia cardio-respiratória apresentam uma maior percepção da adesão dos utentes aos PR em relação aos profissionais que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica. Foi identificado também, que profissionais que trabalham com utentes com patologia neurológica apresentam maior percepção da adesão dos utentes aos PR do que os profissionais que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica.

As estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, e que facilitam a implementação da adesão aos PR são, sobretudo, baseadas no Modelo da Motivação para a Proteção. Já os fatores que sob o ponto de vista do utente, facilitam a sua adesão ao PR são baseados no Modelo de Auto-Eficácia.

Tendo os profissionais de saúde um papel preponderante na problemática da adesão parece-nos poder afirmar que, globalmente, no contexto em que se realizou o presente estudo, este fenómeno ainda não é assumido por estes, como uma prática profissionalizada do seu exercício.

Cabe-nos a nós, enquanto profissionais de saúde, e principalmente enquanto enfermeiros especialistas de reabilitação, que o utente mantenha um elevado grau de confiança de que vai obter êxito no tratamento/PR, produzindo efeitos positivos na sua vida. O enfermeiro de reabilitação tem de manter o utente motivado através do estabelecimento de várias estratégias tendo sempre em mente a pessoa em si, dotada de uma magnitude física, emocional e social, para que este colabore no programa de reabilitação. Assim, é importante que as instituições de saúde assegurem o desenvolvimento de competências pelos profissionais de saúde a nível pré e pós graduado, de comunicação pessoal e social, de humanização dos cuidados, e da relação com o utente, além da monitorização e avaliação dessas práticas. Profissionais de saúde mais competentes mostram melhor comunicação com o utente, logo prescrições mais adequadas e maior satisfação para ambas as partes.

Perante os resultados do nosso estudo podemos afirmar que devemos desenvolver uma relação empática com o utente e família tentando perceber as dificuldades sentidas por estes, e esclarecer dúvidas que possam existir, através do estabelecimento da escuta ativa, levando o utente a sentir-se mais satisfeito, e como um elemento essencial no processo de tratamento. Contudo, é importante avaliar-se o processo de adesão, pois é necessário verificarmos se as medidas e estratégias adotadas estão a conseguir produzir o efeito desejado. Existem várias formas de envolver o utente no programa de reabilitação, devendo nós enquanto profissionais de saúde tentar explorá-las ao máximo e das mais variadas formas possíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Health Institute. (2013). Como melhorar a adesão ao tratamento?. Acedido em 31, Outubro, 2013, em file:///D:/Users/Utilizador/Desktop/recente/Como%20melhorar%20a%20ades%C3%A3o%20ao%20tratamento%20-%20Unilever%20Health%20Institute.htm

[2] World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Library Cataloguing-in-Publication. Geneva: WHO.

[3] Andrade, L. T.; Araújo, E. G., Andrade, K. R. P.; Soares, D. M., Clanca, T. C. M. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 63 (6), pp. 1056-1060.

[4] Gusmão, J. L.; Ginani, G.F.; Silva, G.V.; Ortega, K.C. &Jr., D. M. (2009). Adesão ao Tratamento em Hipertensão Arterial Sistólica Isolada. Revista Brasileira de Hipertensão, vol. 16 (1), pp. 38-43.

[5] Miller, N. H., Hill, M., Kottke, T., Ockene, I. S. (1997). The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcareprofessionales. Circulation1997;95:1085-1090.

[6] Pedro, L. M. R. (2003). Percepção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) da adesão dos doentes ao tratamento. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.



ASSOCIAÇÃO CATÓLICA DE ENFERMEIROS
E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
WWW.ACEPS.PT