

59 Nº4
JULHO-AGOSTO | 2016

SERVIR

**Gestão, Qualidade e Efetividade
dos Cuidados de Enfermagem**

Enfermagem de Família e Comunitária

**Exercício Profissional de Enfermagem:
Identidade, Empoderamento e Riscos**

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
GESTÃO, QUALIDADE E EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM <i>MANAGEMENT, QUALITY AND EFFECTIVENESS OF NURSING CARE</i>	
GESTÃO DO TEMPO NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM <i>TIME MANAGEMENT IN THE PLANNING OF NURSING CARES</i>	7
A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA <i>THE SAFETY AND QUALITY OF CARE: LITERATURE REVISION</i>	12
CLIMA ORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO ACES X <i>WORK ENVIRONMENT IN THE WORKING CONTEXT OF NURSES FROM THE ACES</i>	17
ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNITÁRIA <i>FAMILY AND COMMUNITY NURSING</i>	
CONHECIMENTOS DOS PAIS PERANTE O SEU FILHO COM FEBRE <i>PARENTS' KNOWLEDGE TOWARDS THEIR CHILD SUFFERING FROM FEVER</i>	26
O DOENTE EM SITUAÇÃO PALIATIVA: IMPLICAÇÕES DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES FACE AOS CUIDADOS DE SAÚDE <i>THE PATIENT IN PALLIATIVE SITUATION: IMPLICATIONS OF FAMILY FUNCTIONALITY IN MEETING THE FAMILY FACE TO HEALTH CARE</i>	31
CONSUMO DE SAL, AÇÚCAR, ERVAS/PLANTAS AROMÁTICAS E ESPECIARIAS <i>SALT CONSUMPTION, SUGAR, HERBS AND SPICES</i>	36
ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL <i>FRAMEWORK FOR HEALTH CARE FOR THE ELDERLY IN A RURAL CONTEXT</i>	42
EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: IDENTIDADE, EMPODERAMENTO E RISCOS <i>PROFESSIONAL PRACTICE OF NURSING: IDENTITY, EMPOWERMENT AND RISKS</i>	
EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: ESTUDO DE ALGUNS FATORES INTERVENIENTES <i>EMPOWERMENT OF NURSES: STUDY OF SOME INTERVENING FACTORS</i>	50
LOMBALGIAS E INCAPACIDADE FUNCIONAL NOS ENFERMEIROS <i>LOW BACK PAIN AND FUNCTIONAL DISABILITY IN NURSES</i>	58
LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO EM ENFERMEIROS: PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES <i>WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS IN NURSES: PREVALENCE AND DETERMINANTS FACTORS</i>	63
HUMOR E O STRESSE DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA <i>HUMOR AND STRESS OF NURSES WHO CAREGIVERS PEOPLE WITH END OF LIFE</i>	69
RISCOS PARA A IDENTIDADE DE ENFERMEIROS DECORRENTES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO <i>RISKS ARISING OF WORK CONDITIONS IN NURSES' IDENTITY</i>	75

ÍNDICE DE AUTORES

Ana Andrade, 31, 58, 63	Graça Aparício, 17	Olivério Ribeiro, 7, 31
Ana Cordeiro, 63	Helena José, 69	Raquel Gaspar, 36
António Dias, 7, 31	Helena Moreira, 58	Rita Fernandes, 75
Beatriz Araújo, 75	Helena Rebelo, 17	Rosa Martins, 7, 36, 58, 63
Berta Cunha, 36	Isabel Bica, 26, 31	Sónia Fonseca, 36
Carlos Albuquerque, 26, 36, 58, 63	João Duarte, 26, 50	Suzana André, 36
Cátia Guerra, 58	Madalena Cunha, 7, 26, 31, 36, 63	
Cláudia Brás, 12	Manuela Ferreira, 12 50	
Daniel Serrão, 42	Manuela Frederico, 17	
Dina Almeida, 36	Manuela Pereira, 26	
Emília Sarmiento, 42	Manuel Capelas, 69	
Estudantes 24º CLE, ESSV, IPV, 31	Maria Monteiro, 7	
Estudantes 28º CLE, ESSV, IPV, 36	Margarida Veira, 42	
Fátima Pereira, 75	Maria Santos, 69	
Filomena Paulo, 50	Mónica Silva, 36	

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, acção-reflexão-acção, 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

GESTÃO, QUALIDADE E EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MANAGEMENT, QUALITY AND EFFECTIVENESS OF NURSING CARE

GESTÃO DO TEMPO NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

59 N°4 | REVISTA SERVIR | 2016 | 7 - 11

GESTÃO DO TEMPO NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM
TIME MANAGEMENT IN THE PLANNING OF NURSING CARES

Olivério Ribeiro¹
 Margarida Vieira³
 Madalena Cunha^{1,2}
 António Dias¹
 Rosa Martins¹

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

²CIEC, Universidade do Minho, Portugal

³Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Instituto de Ciências da Saúde, Porto

RESUMO

INTRODUÇÃO

A gestão do tempo é uma área em que as organizações procuram intervir em termos do planeamento e execução de produtos e serviços, procurando adequar os procedimentos aos desempenhos individuais e coletivos dos profissionais nos aspetos formais das questões operacionais, de modo a influenciar os seus níveis de produtividade. No âmbito da enfermagem também têm sido feitos estudos direcionados para a organização do trabalho e métodos de trabalho, de modo a influenciar a organização em termos de produtividade.

OBJETIVO

O presente estudo incidiu na contabilização do tempo de cuidados de enfermagem prestados diretamente aos doentes nos serviços de Medicina e Cirurgia no turno da manhã e na quantificação do tempo disponível para a execução de outros cuidados.

MÉTODOS

Procedeu-se a um estudo observacional, quantitativo, transversal e descritivo-correlacional, efetuado num hospital da região centro da província da Beira Alta, através da observação de 159 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (94.3%), com média de idade de 37 anos e tempo médio de serviço de 12 anos, durante a prestação de cuidados diretos aos doentes no turno da manhã, num rácio enfermeiro doente de 1/5 para a Medicina e de 1/6 para a Cirurgia.

RESULTADOS

Como resultados das 159 observações efetuadas a enfermeiros durante a prestação de cuidados aos doentes com idade igual ou superior a 66 anos (73.6%), totalmente dependentes (50.9%)

e necessitados em média de 5,5 horas de cuidados/dia (SCD/E), obtivemos um tempo médio global de 31' para a execução de cuidados diretos por doente, verificando-se sectorialmente, 37' no serviço de Medicina e de 26' na Cirurgia. Face ao rácio enfermeiro/doente, o tempo disponível para outras intervenções de enfermagem que não requerem a presença do doente, foi de 44' por doente, após retirado o tempo para passagem de turno, intervalo da manhã e refeição. As intervenções relacionadas com a preparação e administração de terapêutica, cuidados de higiene e execução de pensos para o tratamento de feridas e regeneração tecidual, consumiram os maiores tempos médios no turno, respetivamente de 7.83', 6.37' e 3.44". O tempo de serviço dos enfermeiros foi preditor do tempo de cuidados no turno ($r=-0,439$; $p=0,034$).

CONCLUSÕES

Verificamos um rácio enfermeiro doente por serviço de acordo com as normas face às necessidades de horas de cuidados, mas que os tempos utilizados na prestação dos cuidados ficam aquém do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e legislação em vigor, nomeadamente no que se refere ao tratamento de feridas (30') e administração de medicação (15'). Por outro lado, verificou-se que quanto maior o tempo de serviço dos profissionais, menor é o tempo de cuidados diretos prestados no turno. Constatamos assim a alocação de mais tempo por parte dos profissionais para outros cuidados que não carecem da presença do doente, nomeadamente registos, o que nos leva a pressupor da necessidade de mais tempo para a execução dos mesmos, apesar da introdução das novas tecnologias e dos programas informáticos de suporte, afastando-os dos doentes.

PALAVRAS CHAVE

Gestão do tempo; Planeamento; Cuidados de enfermagem

GESTÃO DO TEMPO NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

RESUMO

INTRODUCTION

Time management is an area where organizations seek to intervene in terms of planning and implementation of products and services, trying to adapt the procedures to the professional's individual and collective performances in the formal aspects of operational issues, in order to influence their levels of productivity.

In the context of nursing there have also been studies directed to the Organization of work and working methods, so as to influence the Organization in terms of productivity.

OBJECTIVES

The present study aims to account the time of nursing care provided directly to patients in the Medicine and Surgery services in the morning shift and the quantification of time available for other cares.

METHODS

An observational, quantitative, transversal and descriptive-correlational study was carried out, on a hospital in the central region of the province of Beira Alta, through observation of 159 nurses, mostly females (94,3%), with an average age of 37 years and average service time of 12 years, during the provision of direct care to patients in the morning shift, with a nurse/patient ratio of 1/5 on the Medicine and 1/6 on the Surgery Services.

RESULTS

The 159 observations of nurses during the provision of care to patients aged 66 years or over (73,6%), totally dependent (50,9%) and in need of an average 5,5 hours of care per day, according to the Patients Classification system in nursing (SCD/E), have resulted in an average time of 31' for the execution of direct care

per patient, being 37' in the Medicine and 26' in the Surgery services.

Facing the nurse/patient ratio, the time available for other nursing interventions that do not require the presence of the patient, was 44' per patient, after removing the shift rotation, morning break and meal time.

The interventions related to the preparation and administration of therapy, hygiene and implementation of dressings for the treatment of wounds and tissue regeneration, consumed the largest average times in the shift, respectively of 7,83', 6,37' and 3,44'.

The nurses time of service was a predictor of the care time on the shift ($r=-0,439$; $p = 0,034$).

CONCLUSIONS

A nurse/patient ratio per service in accordance with the norms facing the needs of hours of care was observed, but the times used in the provision of care fall short of the recommended by the Order of Nurses and legislation, in particular with regard to the treatment of wounds (30') and medication administration (15'). On the other hand, it was found that the longer the professionals time of service, the lower the direct care time provided at the shift.

The allocation of more time on the part of professionals for other care that does not require the presence of the patients, in particular records, was noticed, which leads us to assume the need for more time to the execution of the same, despite the introduction of new technologies and software support, keeping nurses away from the patients.

KEYWORDS

Time management; Planning; Nursing care

INTRODUÇÃO

A gestão do tempo é uma área em que as organizações procuram intervir em termos do planeamento e execução de produtos e serviços, procurando adequar os procedimentos aos desempenhos individuais e coletivos dos profissionais nos aspetos formais das questões operacionais, de modo a influenciar os seus níveis de produtividade.

As preocupações organizacionais em termos de planeamento das atividades dos seus colaboradores surgiram na época da revolução industrial e como resultado dos desperdícios e da improvisação até aí existentes, relacionados com os métodos de trabalho e técnicas de produção, para os quais, os estudos de Frederick Taylor (1856-1915) associados à contagem dos tempos de execução de atividades contribuíram para o que veio a ser

designado como "the best way" para a execução de trabalhos e maximização da eficiência do trabalhador (Chiavenato, 2000). Também contribuíram para a clarificação dos processos de trabalho das organizações os estudos de Henri Fayol (1841-1925) sobre as estruturas e departamentalização dos serviços em termos das funções financeira, técnica, comercial, contabilística, de segurança e administrativa, e os estudos de Elton Mayo na década de 1930 sobre a adequação do posto de trabalho e meio envolvente do trabalhador, tipificada pela experiência de "Hawthorne" sobre o tipo e condições de trabalho (Chiavenato, 2000).

No âmbito da enfermagem também têm sido feitos estudos direcionados para a organização do trabalho e métodos de trabalho, de modo a influenciar a organização em termos de

GESTÃO DO TEMPO NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

produtividade e qualidade de cuidados.

O cuidado de enfermagem, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), ao centrar-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidade), cuja relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional se caracteriza pela parceria estabelecida no respeito pelas capacidades do cliente e na valorização do seu papel, desenvolve-se e fortalece-se ao longo desse processo dinâmico e tem por objetivo, ajudar o doente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde, parceria que deve envolver as pessoas significativas, família ou convivente significativo (OE, 2002).

Neste sentido, as atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros deve seguir os previstos no código deontológico, pois só assim se cumprem as normas de boas práticas em enfermagem (OE, 2002).

Por outro lado, para que o desígnio da qualidade se concretize, as organizações devem providenciar os recursos e meios necessários aos profissionais, de modo a permitir um efetivo e eficiente desempenho de funções, em benefício do cidadão (Ribeiro, 2015).

Para poder proporcionar ambientes favoráveis à prática de cuidados, a política organizacional de recursos humanos tem de ter em consideração as dotações de pessoal. Nos ambientes favoráveis à prática de cuidados e estimulantes para o desempenho profissional, estão incluídas as políticas inovadoras centradas no recrutamento e retenção, na compensação adequada dos colaboradores, nas estratégias de formação e promoção, nos programas de reconhecimento, na promoção de ambientes de trabalho seguro e nos equipamentos e materiais (ICN, 2007).

Para que este clima seja criado, as organizações devem ajustar o seu número de colaboradores, ao tipo de cuidados, ao número de horas de cuidados necessárias, à existência ou não de medidas para prevenção do absentismo, à taxa de rotatividade de doentes e vagas no serviço, ao cumprimento de normas e procedimentos, e às necessidades de formação e treino. Por outro lado, estudos referem que quantos mais enfermeiros nos serviços, melhores os resultados para os doentes em termos de minimização de erros de medicação, úlceras de pressão e quedas de doentes, com diminuição do stress dos profissionais e diminuição das lesões músculo-esqueléticas, conduzindo a melhores resultados para os doentes e maior segurança para os profissionais (ICN, 2007).

Neste sentido, a OE publicou em 2011 o “Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde- indicadores de referência”, o qual veio a ser revertido sob a forma de Regulamento com o nº 533/2014, no Diário da República, 2ª série- Nº 233, de 2 de Dezembro de 2014.

Preocupados com a presente temática, procuramos estudar a realidade nos hospitais, contabilizando o tempo de cuidados de enfermagem prestados diretamente aos doentes nos serviços de Medicina e Cirurgia, durante o turno da manhã, de modo a

poder quantificar o tempo disponível para a execução de outros cuidados.

MÉTODOS

Procedeu-se a um estudo observacional, quantitativo, transversal e descritivo-correlacional, efetuado num hospital da região centro da província da Beira Alta, através da observação de 159 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (94.3%), com idade média de 37 anos e um tempo médio de serviço de 12 anos, durante a prestação de cuidados diretos aos doentes no turno da manhã, num rácio enfermeiro doente de 1/5 para a Medicina e de 1/6 para a Cirurgia.

O tempo de cuidados de enfermagem quantificado esteve associado à execução dos cuidados de higiene e conforto, alimentação, movimentação, eliminação, procedimentos técnicos associados a tratamentos, administração de terapêutica e avaliação de parâmetros vitais, itens incluídos no quadro de classificação de doentes, definidos pela Administração Central do Sistema de Saúde. Foi excluído o item relativo à avaliação e planeamento de cuidados, uma vez que não se processa junto do doente, pese embora alguns itens sejam colhidos no decorrer dos cuidados junto dos mesmos.

RESULTADOS

Como resultados das 159 observações efetuadas a enfermeiros durante a prestação de cuidados aos doentes com idade igual ou superior a 66 anos (73.6%), totalmente dependentes (50.9%) e necessitados em média de 5,5 horas de cuidados/dia (SCD/E) (Cf. Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de doentes por horas de cuidados necessárias.

Horas cuidados SCD/E Doentes	n	%	% Acumulada
1.0	1	0,6	,6
2.0	5	3,1	3,8
2.5	14	8,8	12,6
3.0	14	8,8	21,4
3.5	13	8,2	29,6
4.0	9	5,7	35,2
4.5	8	5,0	40,3
5.0	8	5,0	45,3
5,5	7	4,4	49,7
6.0	12	7,5	57,2
6.5	6	3,8	61,0
7.0	17	10,7	71,7
7.5	12	7,5	79,2
8.0	17	10,7	89,9
8.5	7	4,4	94,3
9.0	4	2,5	96,9
9.5	3	1,9	98,7
10.0	2	1,3	100,0
Total	159	100,0	

GESTÃO DO TEMPO NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

As intervenções relacionadas com a preparação e administração de terapêutica, cuidados de higiene e execução de pensos para o tratamento de feridas e regeneração tecidual, consumiram os maiores tempos médios no turno, respetivamente de 7.83', 6.37' e 3.44'.

Com tempos médios de execução superiores a 120" e inferiores a 180", encontramos os posicionamentos e levantes de doentes (170.60") e os cuidados não discriminados (174.09"). O cateterismo venoso periférico e a alimentação e hidratação dos doentes consumiram em média 72.24" e 60.88", respetivamente. Todas as restantes intervenções consumiram em média, tempos inferiores a 1 minuto (').

Salientam-se ainda como tempos máximos de cuidados prestados por doente, os 38' para a terapêutica, os 42' para os cuidados de higiene e conforto, os 40' para ensinos ao doente e família, os 50' para os posicionamentos e levantes e os 54' para a execução de pensos (cf. Tabela 2).

Tabela 2: Tempo de prestação de cuidados por intervenção em segundos

Tempo/Segundos Intervenções de enfermagem	n	%	Min	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	Ks/erro
Passagem de turno	8550	2,89	0	400	53,77	81,060	150,74	0,098	0,095
Avaliação sinais vitais	6785	2,29	0	705	42,67	106,895	250,50	0,058	0,030
Terapêutica	74675	25,22	0	2315	469,65	432,219	92,03	0,137	0,157
Colheitas análises/glicémias	6150	2,08	0	1140	38,68	156,062	403,48	0,036	0,012
Higiene	60805	20,53	0	2545	382,42	573,028	149,84	0,134	0,362
Soroterapia	3440	1,16	0	760	21,64	82,473	381,20	0,032	0,009
Cateterismo Venoso Periférico	11486	3,88	0	1456	72,24	231,357	320,27	0,049	0,023
Alimentação/Hidratação	9680	3,27	0	1250	60,88	197,406	324,25	0,049	0,024
Ensino Doente Família	9366	3,16	0	2440	58,91	240,988	409,11	0,026	0,006
Oxigenoterapia e Nebulizações	2425	0,82	0	660	15,25	73,762	483,63	0,029	0,008
Aspiração de secreções	3890	1,31	0	1065	24,47	132,216	540,42	0,032	0,010
Posicionamentos e Levantes	27125	9,16	0	3005	170,60	400,125	234,54	0,048	0,018
Medição de diurese	3927	1,33	0	1145	24,70	130,759	529,43	0,030	0,009
Execução penso	32845	11,09	0	3270	206,57	582,625	282,04	0,055	0,030
Observação de doentes	4060	1,37	0	310	25,53	56,444	221,05	0,067	0,044
Cuidados não especificados	27680	9,35	0	1440	174,09	279,484	160,54	0,079	0,058
Identificação óbito	130	0,04	0	130	,82	10,310	1260,95	0,015	0,002
Preparação alta/transferência	3130	1,06	0	610	19,69	81,076	411,86	0,038	0,014

O tempo médio global de cuidados diretos por doente foi de 31 minutos, sendo por serviço de 37 minutos para a Medicina de 26 minutos para a Cirurgia, com máximos de 97.60' e de 113.83', respetivamente (Cf. Tabela 3).

Tabela 3: Tempo de cuidados em segundos por serviço

Tempo/segundos Serviços	n	%	Min	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	Ks/erro
Medicina	178473	59,04	85	5860	2230,91	1421,86	63,73	2,87	-0,034
Cirurgia	123825	40,96	0	6830	1567,41	1286,50	82,07	5,17	4,986
Global	302298	100,00	0	6830	1901,25	1392,36	73,23	5,49	2,109

Constatou-se uma correlação entre o tempo de cuidados analisado globalmente e sectorialmente, e as variáveis independentes idade e tempo de serviço dos enfermeiros, sendo muito baixa no período das 8-12 para ambas ($r=-0,150$; $r=-0,197$) e baixa relativamente ao turno e período das 12-16, oscilando entre o tempo de serviço com os período das 12-16 ($r=-0,309$) e a idade com o turno ($r=-0,254$), todas elas estabelecendo relações negativas. Com exceção da relação entre a idade e o período das 8-12, as restantes correlações apresentam valores estatisticamente significativos, o que permite inferir que quanto maior a idade e o tempo de serviço, menor será o tempo de prestação de cuidados (cf. Tabela 4).

Tabela 4: Correlações de Pearson entre o tempo de cuidados e as variáveis independentes

Variáveis Tempo de cuidados	Idade		Tempo de serviço	
	r	p	r	p
Turno / 8-16	-,254	,001*	-,297	,000*
8-12	-,150	,060	-,197	,013*
12-16	-,295	,000*	-,309	,000*

* $p < 0,05$

A variável independente tempo de serviço teve valor de predição (r^2 ajustado=0,08) e foi responsável por explicar uma variabilidade de 8%. O tempo de serviço dos enfermeiros foi preditor do tempo de cuidados no turno ($r=-0,439$; $p=0,034$). Face ao rácio enfermeiro/doente e após retirados 30' para passagem de turno, 10' para intervalo da manhã e 30' para a refeição, o tempo de cuidados disponível por enfermeiro doente foi de 82' na Medicina e de 68 para as Cirurgias. Assim sendo, por doente, o tempo utilizado para outras intervenções de enfermagem que não requerem a sua presença foi 45' para a Medicina e 42' para a Cirurgia.

DISCUSSÃO

Verificamos um rácio enfermeiro doente por serviço de acordo com as normas face às necessidades de horas de cuidados, mas que os tempos médios observados na prestação dos cuidados ficam aquém do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e legislação em vigor, referindo-se apenas a título de exemplo o tratamento de feridas (30') e a administração de medicação (15'). Por outro lado, verificou-se que quanto maior o tempo de serviço dos profissionais, menor é o tempo de cuidados diretos prestados no turno.

Constatamos a alocação de mais tempo por parte dos

GESTÃO DO TEMPO NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

profissionais para outros cuidados que não carecem da presença do doente, nomeadamente registos, tais como a elaboração do processo de enfermagem, carta de alta, levantamento das necessidades de horas de cuidados através do SCD/E, o que nos leva a pressupor da necessidade de mais tempo para a execução dos mesmos, apesar da introdução das novas tecnologias e dos programas informáticos de suporte, afastando-os dos doentes, contrariamente ao verificado no estudo da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Maio de 2009 sobre o “Impact of Health IT on Nurses’ Time Spent on Direct Patient Care” do Department of Health & Human Services nos Estados Unidos, o qual, através da implementação de processos de melhoria nos serviços, associado à implementação de um sistema de informação para 10 leitos numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), conduziu à diminuição do tempo de execução dos registos de enfermagem, passando dos 35.1% para os 24.2%, com consequente acréscimo do tempo disponível para a prestação de cuidados junto dos doentes de 31.3% para os 40.1% (AHRQ, 2009).

O mesmo se verificou no estudo longitudinal de Westbrook et al. (2011) subordinado ao tema “How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses’ patterns of task time distribution and interactions with health professionals”, onde se observou que as enfermeiras despendiam em média 36,5% do seu tempo com os doentes, não se alterando ao longo dos três anos do estudo (34.5%, 39.3% e 35.7%). Os cuidados diretos, indiretos, administração de terapêutica e a comunicação entre profissionais consumiam 76,4% dos cuidados de enfermagem num ano, passando para 81% nos três anos. Os cuidados diretos e indiretos tiveram um aumento significativo, passando de 20.4% para 24.8% ($p < 0.01$) e de 13.0% para 16.1% ($p < 0.01$), respetivamente. A proporção relativa às tarefas associadas à medicação não sofreu alteração, sendo na ordem dos 19.0%. O tempo despendido com a comunicação diminuiu, passando de 24.0% para 19.2% ($p < 0.05$), com as enfermeiras a passarem progressivamente mais tempo sozinhas na execução dos cuidados ao longo dos três anos, indo de 27.5% para os 39.4%. O tempo passado com outros profissionais de saúde foi baixo, não se tendo modificado nos três anos, concluindo-se pelo progressivo isolamento das enfermeiras.

CONCLUSÃO

No levantamento do tempo utilizado pelos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem, durante as diversas intervenções junto do doente, verificamos o uso de um tempo médio muito baixo para a prestação desses mesmos cuidados, mas que em simultâneo, o tempo disponível no turno por doente para outros cuidados que não carecem da sua presença se situa sensivelmente no dobro do utilizado junto dos mesmos, concluindo-se pelo afastamento dos enfermeiros na sua relação direta com os utentes. O tempo de cuidados prestados nas

diversas intervenções de enfermagem junto dos doentes fica penalizado, e tanto mais quanto a idade e o tempo de serviço dos enfermeiros.

Procurando encontrar uma possível justificação, e resultante da própria observação do investigador, verificamos que a introdução das novas tecnologias de informação e comunicação colocadas ao dispor dos profissionais, apesar de diversos estudos indicarem uma redução de tempo na execução dos registos, o mesmo não se verificou na instituição em estudo, pelo que nos questionamos sobre tal motivo.

Fundamentados nos resultados do próprio estudo, justificamos tal situação pelo deficit de conhecimentos ou morosidade no uso das novas tecnologias de informação e comunicação, bem como na diversidade de suportes informáticos.

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Maio, 2009). *Impact of Health IT on Nurses’ Time Spent on Direct Patient Care. U.S. Department of Health & Human Services*. Acedido Outubro 20, 2012, em http://www.healthit.ahrq.gov/portal/server.pt/gateway/PTARGS_0_1248_877556_0_0_18/Impact%20of%20Health%20IT%20on%20nurses.pdf.

Chiavenato, I. (2000). *Administração nos novos tempos*. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Campus.

ICN (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho de cuidados de qualidade*. Genebra, Suíça.

OE (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual*. Enunciados descritivos. Lisboa, Conselho de Enfermagem. Lisboa. Divulgar.

Westbrook, J.I. et al., (2011). *How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses’ patterns of task time distribution and interactions with health professionals*. BMC Health Services Research, 11:319. Acedido em Janeiro, 2, 2012, em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/319>.

Ribeiro, O. (2015). *Custos e benefícios do ensino clínico em enfermagem para as instituições hospitalares*. Tese Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa.

A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA
THE SAFETY AND QUALITY OF CARE: LITERATURE REVISION

Cláudia Brás^{1,2}
Manuela Ferreira³

¹Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar Universitário Coimbra

²Doutorada Universidade do Porto

³Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viseu

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A segurança é um princípio fundamental nos cuidados prestados e exige um complexo sistema de sinergias e um amplo leque de ações para a melhoria da qualidade. É indiscutível que a ocorrência de erros cria uma preocupação constante para os profissionais, sendo primordial fomentar uma cultura de segurança.

OBJETIVO

Identificar os fatores determinantes na segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão da literatura, utilizando descritores “Segurança do doente”, “Cultura de Segurança”, “Enfermagem”, “Qualidade dos Cuidados”, emergindo 309 artigos. Efetuou-se uma pesquisa na PubMed, SciELO, Web of Science, com artigos publicados entre janeiro de 2010 e março de 2016. Foram selecionados 11 artigos que respondiam à questão de investigação “Quais os fatores determinantes da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem?”.

RESULTADOS

Dos 11 artigos selecionados emergiram duas temáticas: a consciencialização do erro e a criação de uma cultura de segurança nas organizações. Os Enfermeiros consideraram a notificação do erro como punitiva e estigmatizante, causadora da baixa frequência de relato ou notificação. Dos participantes, 95% notificaram menos do que dois eventos nos últimos doze meses, sendo que, uma larga maioria (80%) não procedeu a qualquer notificação.

CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam que a ocorrência de erros constitui uma ameaça à qualidade dos cuidados e segurança dos utentes, contudo, a consciencialização dos riscos e a aplicação de medidas para o desenvolvimento de uma cultura de segurança contribui para a diminuição da frequência e severidade dos erros nas instituições de saúde.

A consciencialização de que os erros só podem ser prevenidos se falarmos abertamente sobre eles implica a existência de sistemas de comunicação de incidentes, bem como capacitar os profissionais para a consciencialização do erro e suas implicações. Implementar uma cultura de segurança que contemple um ambiente livre de culpa, com notificação do erro e discussão aberta sobre os mesmos, fomentando uma cultura de comunicação e gestão do conhecimento e de aprendizagem em torno do erro, assume-se como pilar relevante de práticas assistenciais de qualidade.

PALAVRAS CHAVE

Segurança do doente; Cultura de Segurança; Enfermagem; Qualidade dos Cuidados

A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA

ABSTRACT

INTRODUCTION

Security is a fundamental principle of the provided care and requires a complex system of synergies and a broad range of actions to improve quality. It is undeniable that the occurrence of mistakes create a constant concern for professionals, making it essential to promote a culture of safety.

OBJETIVE

To identify the determining factors of safety and quality of nursing care.

METHODS

Recognize the determinants to the safety and quality of nursing care. We made a literature review, from the descriptors "Patient Safety", "Safety Culture", "Nursing", "Quality of Care", having emerged 309 articles. They selected 11 articles that answered the research question "What are the factors determinants to the safety and quality of nursing care?"

INTRODUÇÃO

A complexidade dos cuidados de saúde, a cultura da organização e o ambiente possibilita a inevitabilidade do erro. A evidência tem-nos demonstrado que os erros são uma constante da prática de cuidados de saúde, ocorrendo em qualquer fase do processo de cuidados.

Os cuidados de saúde aos doentes possuem em si riscos de danos, os quais podem ser evitáveis e diminuídos para um mínimo aceitável. Segundo documentos de referência a nível internacional cerca de 50% dos incidentes notificados são evitáveis.

As consequências da falta de segurança do doente implicam claramente uma perda de confiança nas organizações de saúde e nos seus profissionais, com consequente deterioração das relações entre estes e os utentes e aumento dos custos, sociais e económicos. Estas consequências implicam um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e por conseguinte, todos os profissionais que prestam cuidados devem ser envolvidos numa cultura de segurança justa e aberta, conscientes do seu papel, onde possam aprender com os erros e corrigi-los. É premente evoluir de uma cultura de culpabilização para uma cultura de

RESULTS

Of the selected 11 papers two themes emerged: awareness of the error and the creation of a safety culture among organizations. Nurses considered the error notification as punitive and stigmatizing, causing the low frequency of reporting or notification. 95% of the participants reported less than two events in the last twelve months, and the large majority (80%) did not carry out any notification.

CONCLUSIONS

The results show that errors are a threat to the quality of care and the safety of care users. However, awareness of the risks and the implementation of measures for the development of a safety culture lead to the reduction of errors' frequency and severity in health institutions.

The awareness that mistakes can only be prevented if we talk openly about them, implies the existence of an incident reporting system and a the concern of professionals to raise awareness of the error and its implications.

To implement a safety culture involving a guilt-free environment, with error reporting and open discussion, fostering a culture of communication and knowledge management and learning around the error, it is assumed to be important pillar of welfare quality practices.

KEYWORDS

Patient Safety; Safety Culture; Nursing; Quality of Care

identificação das causas dos efeitos adversos nos cuidados de saúde.

A mudança de cultura no sistema de saúde depende da responsabilidade institucional, das respostas organizadas em cuidados de saúde, mas sobretudo do envolvimento dos diferentes colaboradores e dos cuidados centrados no utente. A segurança nos cuidados, tal como a qualidade, é um dever multiprofissional e de aplicação peculiar a cada contexto de exercício, o que exige o empenhamento de todos os profissionais. Através de abordagens de carácter multidisciplinar e interdisciplinar será possível transformar as organizações de saúde incutindo os valores de melhoria contínua da qualidade. É dentro deste contexto que se insere o desafio de identificar os fatores determinantes na segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem para efetuar mudanças que garantam o bem-estar do cidadão e da sociedade.

A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA

MÉTODOS

Utilizámos uma revisão narrativa da literatura, definida como o tipo de estudo que permite descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. A revisão narrativa da literatura permite adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica, não exigindo um protocolo rígido para a sua realização, a busca de dados não é pré-determinada e específica³.

Efetou-se uma pesquisa na PubMed, SciELO, Web of Science, cruzando os termos: “Segurança do doente”, “Cultura de Segurança”, “Enfermagem”, “Qualidade dos Cuidados”, de onde emergiram 309 artigos. Após leitura dos títulos foram selecionados 44 artigos, que faziam parte dos critérios para análise. Estabeleceram-se como critérios de inclusão, estudos que respondessem à questão de investigação, publicados entre janeiro de 2010 e março de 2016, disponíveis nos idiomas português e inglês. Foram obtidos 28 artigos, que cumpriam os critérios pré-estabelecidos. Prosseguimos com a organização dos dados, no propósito de reconhecer os temas comuns e com maior evidência. Incluímos no corpo do estudo 11 artigos para uma melhor compreensão do fenómeno em questão.

RESULTADOS

A partir da interpretação dos dados emergiram 2 temáticas: a consciencialização do erro e a criação de uma cultura de segurança nas organizações.

A CONSCIENCIALIZAÇÃO DO ERRO

A prestação de cuidados de saúde pela sua complexidade comporta consequentemente um grau de risco ponderável. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, não causas, irão sempre ocorrer e para minimizá-los é necessário aceitar que estes existem. Segundo a Direção Geral da Saúde, os erros, são falhas não intencionais na execução planeada de uma acção ou desenvolvimento incorreto de um plano para atingir um objetivo³. Um erro pode dar origem a um evento adverso, entendido como um dano efetuado por um tratamento médico ou de enfermagem, não pela doença ou pelas condições do estado do doente e que resulta, por vezes, no prolongamento da hospitalização do mesmo⁴.

Sousa et al.⁵ referem que “ as taxas de incidência de eventos adversos em hospitais atingem valores que variam entre 3,7% e os 16,6% (com consequente impacte clínico, económico e social), sendo que dessas a maior fatia (40% a 70%) são considerados preveníveis ou evitáveis” (p.13).

O Instituto de Medicina (IOM) introduz o conceito de que o erro acontece, não por responsabilidade direta de um profissional, mas sim pelo contexto sistémico em que trabalha⁶. Os profissionais de enfermagem num estudo efetuado na Colômbia, referem que

a desorganização, a superlotação do setor de saúde, o barulho, o stress profissional e a excessiva carga de trabalho foram fatores que influenciaram o mau funcionamento do serviço e dificultaram a concentração dos profissionais, propiciando o erro⁷. Num estudo realizado na Catalunha de 2010 a 2013, os principais fatores contribuintes para ocorrência de erros, foram problemas de comunicação, sobrecarga de trabalho e reduzida formação e conhecimento sobre segurança⁸.

Os profissionais de enfermagem são a parte mais flexível e influente de qualquer organização, mas também a mais vulnerável às influências que possam afetar o seu desempenho. Na sua formação não são preparados para lidar com os erros, principalmente porque estes são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e incompetência, além do medo de sanções legais, éticas e sociais.

É fundamental a consciência de que os erros só podem ser prevenidos se falarmos abertamente sobre eles, no sentido de construirmos sistemas de saúde que prestam cuidados verdadeiramente seguros e de qualidade. Mas para isso é necessário que as instituições, façam uma análise aberta e equilibrada, não punitiva, dos erros que ocorrem, envolvendo os seus colaboradores nas medidas de prevenção dos mesmos⁹. Nas pesquisas efectuadas é patente que o reduzido número de notificações face ao número de eventos estimados, se deve à retração dos profissionais de saúde para relatar o erro, por medo que seja visto como negligência e possa provocar participação e processo disciplinar ou jurídico. Num estudo efetuado, os Enfermeiros consideraram a notificação do erro como punitiva e estigmatizante, causadora da baixa frequência de relato ou notificação. Dos participantes, 95% notificaram menos do que dois eventos nos últimos doze meses, sendo que, uma larga maioria (80%) não procedeu a qualquer notificação¹⁰.

Segundo Oliva et al.⁸ é premente a implementação de sistemas de comunicação de incidentes, pois esta estratégia conduz a respostas construtivas, dissemina informação, permitindo criar mudanças e propor soluções para promover uma cultura de segurança do doente.

CRIAÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA NAS ORGANIZAÇÕES

A cultura de segurança varia de organização para organização, dado que deriva do comportamento individual de cada profissional, bem como das políticas de segurança que são originadas dentro das organizações. Toda organização possui uma cultura própria, com os seus valores, crenças e princípios¹¹. O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva numa organização de saúde, é avaliar a sua cultura, como fez autora Margarida Eiras¹² em três hospitais portugueses, utilizando o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality.

Uma cultura de segurança numa organização de saúde, preconiza como princípios: que todos os profissionais aceitem

A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA

a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos seus colaboradores, doentes e familiares; a estimulação da comunicação e a resolução de questões de segurança; o incentivo à aprendizagem organizacional com os eventos adversos e o fornecimento de recursos, estruturas e responsabilidades apropriadas para manter sistemas de segurança eficazes³. The Agency for Healthcare Research and Quality, definiu cultura de segurança como o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam a compromisso e o estilo e competência das organizações de saúde¹¹.

Criar uma cultura de segurança é um trabalho árduo e não acontece automaticamente, são processos complexos e morosos. Estes contam sempre com obstáculos como: uma exagerada autoconfiança na formação e na experiência adquirida e o receio de identificação do erro como incompetência¹³⁻¹⁴. Alguns autores referem a necessidade de existirem 3 subcomponentes fundamentais para o desenvolvimento de uma cultura de segurança: a existência de uma cultura de notificação, a existência de uma cultura justa e uma cultura de aprendizagem com os erros³.

Foram identificados em alguns estudos sete subculturas da cultura de segurança do doente: liderança, trabalho em equipa, base na evidência, formação, comunicação e centralidade no doente. Os autores afirmam que a existência de líderes empenhados e um trabalho de equipa com comprometimento de todos os profissionais permitem a criação de estratégias e estruturas que direcionam processos seguros. A evidência também suporta que os resultados que se obtêm nos cuidados aos utentes, se encontram fortemente relacionados com o modo como é organizado o trabalho dos profissionais¹⁵. Se pensarmos na organização do grupo profissional mais numeroso nos hospitais portugueses, os enfermeiros, percebemos que por força das características do seu papel, das competências no seu desempenho profissional, com uma prática baseada na evidência, estes se encontram frequentemente entre processos de tomada de decisão e a execução. Aquilo que os enfermeiros pensam, dizem e fazem influencia em definitivo a cultura de segurança de uma organização.

A formação dos profissionais de saúde é um investimento para fomentar a cultura de segurança, integrando a perspetiva sistémica da gestão do risco e da segurança do doente, contribuindo para uma mudança cultural ou seja, passar da cultura da culpa, para uma cultura não punitiva e incentivadora da notificação do erro e da aprendizagem com o mesmo¹. Outra circunstância relevante para a construção de uma cultura de segurança é a forma como se estabelece a comunicação numa organização. Deve ser utilizada uma linguagem assertiva, estruturada e um o fornecimento de informação atempada e correta aos colaboradores, evitando falhas de informação. Ao longo de vários anos, a Joint Commission tem identificado como causa principal de eventos a comunicação deficiente e novos esforços tem vindo a ser efectuados para melhorar a eficácia da

comunicação¹⁶.

Outra subcultura referida é a centralidade dos cuidados no doente, em que se pretende responder de forma adequada às suas expectativas e incentivando-lo a participar nas decisões sobre os seus cuidados¹⁵.

Num estudo de Eiras¹⁴ conclui-se que a introdução na instituição de um programa de segurança do doente, resultou em mudanças na cultura da organização, particularmente o aumento significativo do número de notificações de incidentes, o que permitiu uma análise e a aprendizagem pelo erro.

CONCLUSÕES

A revisão de literatura efectuada permite-nos concluir que a temática da segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, tem assumido uma crescente preocupação para as organizações de saúde e para os profissionais. A sua principal missão consiste em prestar cuidados baseados na melhor evidência disponível e com qualidade, o que implica a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o utente.

Nos estudos seleccionados verificámos que é fundamental capacitar os profissionais para a consciencialização do erro e suas implicações, disponibilizando informações sobre os riscos à segurança do utente. Outros estudos demonstraram que para promover a segurança do utente é premente implementar uma cultura de segurança que contemple um ambiente livre de culpa, com discussão aberta dos erros, uma cultura de notificação do erro, uma cultura de comunicação e gestão do conhecimento, de aprendizagem em torno do erro, elaborando normas de segurança e colaboração entre equipas.

Refletir sobre as falhas numa instituição de saúde, permite que os profissionais atuem de forma a que esses possíveis acontecimentos não ocorram efetivamente, tornando os cuidados mais seguros desde o acolhimento até à alta, e cuidado seguro é cuidado personalizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa, P. J. S. (2010). Qualidade em Saúde: da Definição de Políticas à Avaliação de Resultados – In Silva, C. A.; Saraiva, M. & Teixeira, A. – A Qualidade Numa Perspetiva Multi e Interdisciplinar - Qualidade e Saúde: Perspetivas e Práticas. Lisboa: Edições Silabo, 2010. ISSN 1647 6263. Nº 1 p.19-31.
2. Cordeiro, A.M, Oliveira, G.M.O., Guimarães, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras., v.34, nº6, p.428-31 . Acedido 29 de Maio de 2016, em [http:// www.scielo.br/pdf/rcbc](http://www.scielo.br/pdf/rcbc)

A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA

3. DGS (Direção Geral de Saúde) (2011)- Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente- Relatório Técnico Final. DGS, Lisboa. Tradução da Divisão de Segurança do Doente. Acedido 4 de Março de 2016, em: <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150133AAAAAAAAAAAA>
4. Fragata, J. (2011). Segurança dos doentes: Uma abordagem prática. Lisboa: Lidel: Edições Técnicas, Lda.
5. Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Leite, E. & Nunes, C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. ISBN 978-989-97342-0-3, p.13
6. Fragata, J. I. G. (2010). A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Rev Port Clin Geral*, 26, 564-570.
7. Ramírez O.G, Gutiérrez W.A, Vega L.G., Salamanga J.G., Galeano E.M. & Gámez A.S. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería em Bogotá, Colombia. *Cienc enferm*. XVII(3): 97-111.
8. Oliva, G., Alava, F., Navarro, L., Esquerria, M., Lushchenkova, O., Davins, J., & Valles, R. (2014). Notification of incidents related to patient safety in hospitals in Catalonia, Spain during the period 2010-2013. *Med Clin (Barc)*, 143 Suppl 1, 55-61. doi:10.1016/j.medcli.2014.07.012
9. Gandhi, T. K., Berwick, D. M., & Shojania, K. G. (2016). Patient Safety at the Crossroads. *Jama*, 315(17), 1829-1830. doi:10.1001/jama.2016.1759
10. Fernandes, A. M. M. L., & Queirós, P. J. P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses., *Rev. Enf. Ref.*, III Série(nº 4), 33-48.
11. Santos, R. A., & Rubio, M. (2016). Culture of Safety. In E. Fondahn, T. M. D. F. MD, M. Lane, & A. Vannucci (Eds.) - *Washington Manual of Patient Safety and Quality Improvement* (pp. 123-136). St. Louis - Missouri: Washington University - School of Medicina.
12. Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I. M., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur*, 27(2), 111-122. doi:10.1108/ijhcqa-07-2012-0072
13. Wachter, R.M. (2010). Patient safety at ten: unmistakable progress, troubling gaps. *Health Affairs*. (Millwood).29, p.165-173.
14. Eiras, M. (2011). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia. (Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde), Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
15. Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D., Lackan, N. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *J Nurs Sch*, 42 (2), 156-165.
16. Tsao, K., & Browne, M. (2015). Culture of safety: A foundation for patient care. *Semin Pediatr Surg*, 24(6), 283-287. doi:10.1053/j.sempedsurg.2015.08.005

CLIMA ORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO ACES X

59 N^o4 | REVISTA SERVIR | 2016 | 17 - 24**CLIMA ORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO ACES X**
WORK ENVIRONMENT IN THE WORKING CONTEXT OF NURSES FROM THE ACES*Helena Rebelo¹**Manuela Frederico²**Graça Aparício³*¹ACeS Dão Lafões²Escola Superior de Enfermagem de Coimbra³CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu.**RESUMO****INTRODUÇÃO**

O Clima Organizacional (CO) é considerado um instrumento de gestão estratégica, deriva das interações, interpretações e percepções dos trabalhadores de uma organização, sendo influenciado por variáveis de contexto, estrutura e processo. Quando é motivador e direcionado para os objetivos organizacionais, influencia a eficácia organizacional.

OBJETIVOS

Determinar o CO em contexto de trabalho dos enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e identificar a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais na percepção do clima organizacional.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, analítico e descritivo, de corte transversal, cuja colheita de dados foi obtida pelo preenchimento de questionário online por 121 enfermeiros em exercício, taxa de resposta de 62,0%, amostra predominantemente feminina (81,8%). O Instrumento de Colheita de Dados incluía questões de caracterização sociodemográfica, profissional e organizacional. A avaliação do CO foi efetuada através da Escala de Avaliação do Clima Organizacional Work Environment Scale, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Louro (1995)[1].

RESULTADOS

A maioria dos enfermeiros possui licenciatura (72,7%) e 24% grau de mestre, com tempo médio de serviço em enfermagem de cerca de 18 anos (Dp=8,85). Trabalhavam 40,5% em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 37% em USF. A maioria dos enfermeiros percebe o CO como muito agradável e agradável com 25,6% e 49,6% respetivamente enquanto 24,8% o considera pouco agradável.

As mulheres revelam percepção mais positiva do Clima Organizacional face aos homens, (Média=63,96) e efeito significativo nas subescalas, Orientação para a tarefa; Pressão para o trabalho e na Inovação. A percepção do CO foi influenciada significativamente pelo Tipo de Unidade onde os enfermeiros trabalham ($X^2 = 11,937$; $p = 0,018$), destacando-se as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) com uma percepção mais agradável do CO (Média= 82,41).

CONCLUSÕES

O estudo salienta a necessidade de promoção de uma maior articulação entre as várias unidades que constituem o ACES e a continuidade da consolidação da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), como forma de redução das assimetrias sentidas pelos profissionais de enfermagem deste Agrupamento de Centros de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Clima Organizacional; Cuidados de Saúde Primários; Agrupamento de Centros de Saúde; Unidades de Saúde; Enfermeiros.

CLIMA ORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO ACES X

ABSTRACT

INTRODUCTION

The work environment (WE), is considered a strategic management tool, is present in all organizations and it derives from interactions, interpretations and workers perceptions within these organizations and it is influenced by variables of context, structure and process. When the WE it is motivational and directed towards the organizational goals it influences the working efficacy.

OBJECTIVES

Determining the work environment between nursing staff of the X Central Health Care Unities Grouping (ACES X) and to identify the influence of social-demographic and professional factors in the work environment perception.

METHODS

Quantitative, analytical, descriptive and cross study, whose data collection was obtained by using an online questionnaire that was completed by 121 nurses in exercise response rate of 62.0%, in a mainly female sample (81.8%). This data collecting tool includes questions related to social, demographic, professional and organizational questions. The work environment evaluation was obtained using the Work Environment Scale (WES) , translated and adapted to the Portuguese population by Louro (1995)1.

INTRODUÇÃO

As várias mudanças ocorridas nos últimos anos, no cenário social, económico e político, reforçaram a necessidade de mudanças de postura por parte das organizações públicas e, concomitantemente, dos seus recursos mais valiosos – as pessoas. De acordo com Chiavenato (1999)[2], a importância dada ao fator humano na atualidade resulta da sua influência na excelência das organizações bem-sucedidas, já que a principal vantagem competitiva das empresas é obtida por intermédio das pessoas que nelas trabalham. Assim, a análise do clima vivenciado nos ambientes de trabalho, ou seja, a forma como as pessoas se sentem e sentem a organização, tem sido considerada de grande relevância na adequação das estratégias de gestão das equipas, no sentido de aumentar a eficácia organizacional. A partir do diagnóstico do ambiente interno da organização, é possível colmatar, de forma efetiva e em tempo real, os principais focos dos problemas e detetar os pontos fortes.

A eficácia organizacional pode ser aumentada com a criação de um Clima Organizacional que satisfaça as necessidades dos membros da organização e que canalize o comportamento na direção dos objetivos organizacionais. Resultados de estudos

RESULTS

The majority of the nurses has a degree in nursing (72,7%) and 24% have a master's degree, with an average in years of nursing service of 18 years (SD=8,85). Of the sample 40,5% work in Personalized Health Care Units (UCSP), followed 37% in Family Health Units (USF). In general the highest percentage of nurses perceived the WE as very pleasant and pleasant 25,6% and 49,6% respectively, while 24,8% considers it as unpleasant.

Female nurses revealed a more positive perception of the WE versus men, (average = 63,96), with significant effect in the task-orientation, work pressure and innovation subscales. The WE perception was significantly influenced by the type of unity where the nurses work ($\chi^2 = 11,937$; $p = 0,018$), in which the UCC stood out for having a more pleasant perception of the WE (average= 82,41).

CONCLUSIONS

The study highlights the necessity of promoting a greater link between the several unities that make up the ACES, and the continuing consolidation of the CSP reform as a way to reduce the asymmetries felt by the nursing professionals of this Central Health Care Unities Grouping.

KEYWORDS

Work Environment; Primary Health Care; Central Health Care Unities Grouping; Health Units; Nurses.

sobre o clima social, nos mais variados contextos e relacionados com numerosas variáveis organizacionais, apontam, de acordo com Neves (2001)[3]; Ferreira (2014)[4] para a sua influência, quer na motivação e no comportamento dos indivíduos, quer na produtividade organizacional, tese corroborada por Aliaga et al., (1993)[5].

Por sua vez, as atitudes e a motivação estão relacionados com os comportamentos e tipo de relação estabelecida entre os membros da organização, tornando o Clima Organizacional não numa característica estática, mas dinâmica. A este propósito, foram desenvolvidas investigações no sentido de analisar os seus efeitos nas atitudes e comportamentos dos profissionais. O estudo de Kopelman (1988)[6] indicou que as práticas de gestão de recursos humanos apresentam um efeito direto no CO e este, por sua vez, influencia a motivação, satisfação e o envolvimento dos indivíduos.

As organizações de saúde são, de entre as várias instituições, aquelas em que o clima organizacional tem sido referido como tendo um forte impacto na qualidade e segurança do serviço prestado.

No que respeita aos CSP, a sua evolução conheceu diversas

CLIMA ORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO ACES X

fases, com uma implementação progressiva, ao longo de mais de quatro décadas até ao momento atual. A recente reforma dos CSP é assumida no Programa do XVII Governo Constitucional, como fator chave de modernização e o recentrar do sistema português de saúde nos CSP. É desenvolvida uma matriz organizativa que conduz à reconfiguração dos centros de saúde orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, constituindo as unidades de saúde familiar (USF) a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo (Campos, 2006)[7].

Contudo, a reforma dos CSP não se esgota nas USF, o atual modelo organizativo dos CSP, integra diversas tipologias de unidades funcionais de prestação de cuidados com perfis organizacionais muito diversos, onde o papel, as tarefas, as remunerações e a estrutura hierárquica são muito distintos, o que justifica a avaliação da perceção que os seus profissionais têm do clima organizacional, sobretudo dos enfermeiros, enquanto grupo profissional mais representativo.

Face a este enquadramento, este estudo teve como propósito determinar o CO em contexto de trabalho dos enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e identificar a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção do clima organizacional.

MÉTODOS

Concetualizou-se um estudo quantitativo, analítico, descritivo-correlacional e transversal, tendo sido as seguintes hipóteses de estudo:

Hipótese 1 (H1) – Há relação entre as características sociodemográficas dos Enfermeiros do ACES X e o Clima Organizacional no seu contexto de trabalho.

Hipótese 2 (H2) – As variáveis profissionais dos Enfermeiros do ACES influenciam a perceção do Clima Organizacional do contexto de trabalho.

A amostra do presente estudo foi constituída pelos enfermeiros que desempenham funções no ACES X, tendo esta sido selecionada por conveniência da autora, dado ser o seu local de trabalho.

A população alvo era composta por 201 enfermeiros que, à data, integravam o quadro de pessoal do ACES X, dos quais acedemos a 195, tendo-lhes sido endereçada por correio eletrónico uma explicação do estudo e solicitada colaboração para preenchimento do questionário on-line no sítio: <https://docs.google.com/forms/d/122dVvUYy0dRuhJEvKbslihbNm7qjE-2HkSIkqufLymk/edit> tendo-se obtido uma amostra de 62% de adesão com 121 questionários \respondidos.

A recolha de dados foi realizada em 2015, precedida de pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados ao Diretor Executivo do ACES X.

Utilizou-se como instrumento de colheita de dados um questionário constituído por questões de caracterização sociodemográfica e profissional e a Escala de avaliação do

Clima Organizacional/social, Work Environment Scale (WES), desenvolvida por Moos & Insel (1974)[8], traduzida e adaptada para a população portuguesa por Louro (1995)[1]. A WES no seu formato original é uma escala constituída por 90 itens dicotómicos, que se destinam a avaliar o Clima Organizacional de vários tipos de instituições, nomeadamente de saúde.

Os itens encontram-se divididos em 3 dimensões, divididas em subescalas de 9 itens:

- Dimensão Relacionamento (Subescala: envolvimento, coesão entre os colegas, apoio do supervisor;

- Dimensão Desenvolvimento Pessoal (Subescala: autonomia, orientação para a tarefa, pressão para o trabalho;

- Dimensão Sistemas de Manutenção e Mudança (Subescala: clareza, controlo, inovação, conforto físico;

Os 90 itens são cotados em 0 (resposta falsa) e 1 (resposta verdadeira), podendo cada subescala obter uma pontuação máxima de 9 (respostas verdadeiras) e 0 (respostas falsas). Os itens 3, 4, 7, 10, 11, 12, 15, 18, 21, 23, 28, 30, 32, 36, 39, 43, 47, 49, 50, 51, 54, 57, 59, 60, 62, 63, 66, 69, 70, 71, 75, 77, 82, 85 e 88 são cotadas de forma invertida.

Quanto maior o valor numérico obtido, melhor é a perceção do Clima Organizacional dos participantes. Segundo os autores, valores baixos de envolvimento, coesão entre os colegas, apoio do supervisor, orientação para a tarefa, autonomia, clareza, inovação e conforto físico, identificam uma boa perceção sobre o ambiente de trabalho, já em sentido contrário, valores elevados de pressão e controlo no trabalho, identificam uma perceção menos positiva do ambiente de trabalho.

A análise da consistência interna efectuada por Louro (1995) [1] indicou valores que variavam entre 0,62 na dimensão Desenvolvimento Pessoal e um máximo de 0,81 na Dimensão Relacionamento.

No presente estudo, a consistência interna revelou-se sobreponível à do autor, com valores de Alfa de Cronbach que variaram entre 0,90 na Dimensão Relacionamento e razoável (0,62) na Sistemas de Manutenção e Mudança e um valor global de 0,88.

PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

O facto de o questionário ser de preenchimento on-line e de as questões serem de resposta obrigatória, contribuiu para que todos se encontrassem completos e passíveis de ser incluídos no estudo.

O tratamento estatístico foi efetuado através do programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0 (2012) para Windows.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e inferencial e os resultados foram considerados significativos para um valor de $p < 0,05$.

CLIMA ORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO ACES X

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra apresentou no global, idades compreendidas entre os 24-60 anos, (média= 40,98; Dp=8,68), numa dispersão moderada em torno da média. O sexo feminino era ligeiramente mais novo (média=40,58; Dp= 8,52 vs média= 42,82; Dp= 9,33). Da análise da tabela 1, constata-se que o número de indivíduos do sexo feminino é substancialmente superior ao do sexo masculino com 81,8% e 18,2%, respetivamente.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade e sexo

IDADE	n	%	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV (%)
Masculino	22	18,2	32	60	42,82	9,33	21,8
Feminino	99	81,8	24	59	40,58	8,52	21,0
Total	121	100,0	24	60	40,98	8,68	21,2

Considerando a zona de residência, a maioria da amostra vivia em meio urbano (62,8%) (cf tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição quanto à zona de residência

ZONA DE RESIDÊNCIA	n	%
Urbano	76	62,8
Rural	45	37,2
Total	121	100,0

Relativamente às habilitações académicas, a maioria dos enfermeiros era licenciado (72,7%) e 24% possuíam o grau de mestre (cf tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição quanto às habilitações literárias

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	n	%
Bacharelato	4	3,3
Licenciatura	88	72,7
Mestrado	29	24,0
Total	121	100,0

O estudo das variáveis de carácter profissional revelou que, quanto ao tempo de serviço em enfermagem, a amostra tinha um mínimo de 2 anos e um máximo de 41 anos de exercício, com uma média de cerca de 18 anos (Dp=8,85) de profissão. O tempo de serviço em Cuidados de Saúde Primários (CSP) oscilou entre 2-37 anos (média= 15,15 anos; Dp=8,42), numa dispersão elevada em torno da média (cf. tabela 4).

Tabela 4 – Estatísticas relativas ao tempo de serviço em enfermagem e no CSP

TEMPO DE SERVIÇO	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV (%)
Total	121	2	41	17,99	8,85	49,21
TEMPO DE SERVIÇO EM CSP	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV (%)
Total	121	2	37	15,15	8,42	55,60

Relativamente às particularidades da caracterização profissional, verificou-se:

- que tinham uma especialidade em enfermagem na comunidade 49,0%, em enfermagem de saúde materna e obstétrica 23,5% e em enfermagem de saúde infantil e pediátrica 13,7%;
- mais de dois terços da amostra (78,5%), já trabalhava em cuidados de saúde primários aquando da reforma dos CSP, com um vínculo de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado (90,0%);
- a forma de recrutamento para o atual local de trabalho, foi para 34,7% por concurso, seguidos de 33,1% que foram contratados por convite e 22,3% por mobilidade interna;
- desempenham funções 40,5% em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 21,5% em USF Modelo A, 16,5% em USF Modelo B e 14,0% numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).
- A maioria dos enfermeiros não exerce funções de coordenação (80,2%).

CARACTERIZAÇÃO DO CLIMA ORGANIZACIONAL

A Escala WES revelou um valor médio mais elevado nas subescalas Orientação para a tarefa, seguida do Envolvimento, Autonomia e da Coesão entre colegas, o que indica no geral uma perceção favorável do Clima Organizacional (CO) nestas dimensões o mesmo ocorrendo para o Controlo sobre o trabalho e para a Pressão no trabalho, cuja cotação é invertida. As subescalas com valor médio mais baixo foram no Conforto físico e na Inovação, sugerindo uma perceção dos enfermeiros pouco favorável do CO nestas dimensões (cf tabela 5).

Tabela 5 – Estatísticas das subescalas da escala WES

CLIMA ORGANIZACIONAL	Min	Máx	Média do Score	Dp	CV%	
Envolvimento	0	9	6,04	2,57	42,5	
DIMENSÃO RELACIONAMENTO	Coesão entre colegas	0	9	5,65	2,44	43,3
	Apoio do supervisor	0	9	5,19	2,47	47,7
	Autonomia	0	9	5,93	2,27	38,3
DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO PESSOAL	Orientação para a tarefa	1	9	6,92	1,80	26,1
	Pressão no trabalho	0	8	4,38	2,03	46,3
SISTEMAS DE MANUTENÇÃO E MUDANÇA	Clareza	0	8	4,79	1,69	35,3
	Controlo	1	7	3,64	1,52	41,8
	Inovação	0	9	4,55	2,15	47,4
	Conforto Físico	0	9	4,52	2,21	48,9

Relativamente às dimensões verificámos que a dimensão Sistemas de manutenção e mudança obteve o valor médio mais elevado 17,51 (Dp=12,48), seguida da dimensão Desenvolvimento pessoal (17,23; Dp=3,91) e por fim a dimensão Relacionamento (16,88; Dp=6,58). O valor global do CO variou entre um mínimo de 22 e um máximo de 72, com média de 51,62 (Dp=12,48) e uma dispersão moderada em torno da média (CV=24,1%). A classificação do CO, (score global), foi efetuada com base nos percentis 25 e 75, considerando-se uma perceção pouco

CLIMA ORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO ACES X

agradável quando o score era inferior ou igual a 43,5, agradável para o score entre 43,6 e 62 e muito agradável, quando o score era superior ou igual a 63.

A classificação indicou que 25,6% dos enfermeiros da amostra considera que o CO é muito agradável, 49,6% entende que é agradável e 24,8% considera-o pouco agradável (cf tabela 6).

Tabela 6 – Classificação do Clima Organizacional

CLIMA ORGANIZACIONAL	n	%
Pouco agradável	30	24,8
Agradável	60	49,6
Muito agradável	31	25,6
Total	121	100,0

Considerando as relações estabelecidas e as hipóteses formuladas, foram efetuados os testes estatísticos considerados mais adequados, que apresentamos em tabelas apenas para os resultados mais significativos.

HIPÓTESE 1 – HÁ RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ENFERMEIROS DO ACES X E A PERCEÇÃO DO CLIMA ORGANIZACIONAL NO SEU CONTEXTO DE TRABALHO.

Na avaliação global do CO, a percepção das enfermeiras, apresenta valor médio mais elevado (OM=63,96) em todas as subescalas, exceto no Apoio do supervisor (OM= 59,74 vs OM= 68,68). Afere-se assim que as mulheres revelam uma percepção melhor do clima organizacional, exceto no Controle e na Pressão para o trabalho mas com diferenças significativas apenas nas subescalas Orientação para a tarefa ($p=0,000$), Pressão para o trabalho ($p=0,033$), Inovação ($p=0,039$) e na nota global do CO (UMW=796,0; $p=0,049$), pelo que aceitamos parcialmente a hipótese (cf tabela 7).

Tabela 7 – Teste de U de Mann Whitney entre o Sexo e o Clima Organizacional

	SEXO		Teste	p
	Masculino (n=22)	Feminino (n=99)		
	OM	OM	UMW	
CLIMA ORGANIZACIONAL				
Envolvimento	49,80	63,49	842,5	0,094
Coesão entre colegas	56,84	61,92	997,5	0,534
Apoio do supervisor	68,68	59,74	964,0	0,397
Autonomia	55,50	62,22	968,0	0,411
Orientação para a tarefa	37,50	66,22	572,0	0,000*
Pressão para o trabalho	46,80	64,16	776,5	0,033*
Clareza	50,45	63,34	857,0	0,113
Controlo	51,00	63,22	869,0	0,131
Inovação	47,27	64,05	785,5	0,039*
Conforto físico	65,34	60,04	993,5	0,517
CLIMA ORGANIZACIONAL				
(Nota global)	47,68	63,96	796,0	0,049*

* $p < 0,05$

Analisando a relação entre a idade dos enfermeiros e o CO, observou-se uma associação inversa ($r=-0,138$) e não significativa desta, com a nota global do CO, ou seja, quando a idade aumenta, a percepção dos enfermeiros acerca do seu local de trabalho é menos agradável, porém sem significância estatística ($p>0,05$).

Verificou-se igualmente uma associação negativa mas significativa entre a idade e as subescalas Coesão entre colegas ($r=-0,211$; $p=0,020$), Autonomia ($r=-0,180$; $p=0,048$), Orientação para a tarefa ($r=-0,181$; $p=0,048$) e, positiva, com o Conforto físico ($r=0,184$; $p=0,043$), ou seja, os enfermeiros mais velhos revelam menor Coesão entre colegas, Autonomia e capacidade de Orientação para a tarefa, mas melhor percepção relativamente ao Conforto físico (cf. tabela 8), pelo que se aceitou parcialmente a hipótese.

Tabela 8 – Correlação de Pearson entre a Idade e o Clima Organizacional

	IDADE	
	r	p
Envolvimento	-0,156	0,087
Coesão entre colegas	-0,211	0,020*
Apoio do supervisor	-0,055	0,547
Autonomia	-0,180	0,048*
Orientação para a tarefa	-0,181	0,047*
Pressão para o trabalho	-0,026	0,780
Clareza	-0,093	0,309
Controlo	-0,043	0,642
Inovação	-0,029	0,754
Conforto físico	0,184	0,043*
CLIMA ORGANIZACIONAL		
(Nota global)	-0,138	0,132

* $p < 0,05$

Em relação à Zona de residência, os dados revelaram que os enfermeiros que residem em meio urbano apresentam ordenações médias mais baixas em todas as subescalas e na nota global, exceto na Pressão para o trabalho, indicando uma percepção menos agradável do Clima Organizacional, contudo sem evidência significativa ($p>0,05$), pelo que rejeitamos a hipótese formulada, considerando que a percepção do CO é independente da sua Zona de residência.

VARIÁVEIS PROFISSIONAIS

HIPÓTESE 2 – HÁ INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS DO ACES X NA PERCEÇÃO DO CLIMA ORGANIZACIONAL EM CONTEXTO DE TRABALHO.

Os enfermeiros com o grau de bacharel apresentaram uma percepção menos agradável do CO (OM=37,88), enquanto os que possuíam o grau de mestre revelaram uma percepção mais agradável nas suas diversas subescalas, porém sem significância estatística.

A correlação com o Tempo de Serviço na profissão indica que com o aumento deste, a percepção do CO é menos agradável,

CLIMA ORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO ACES X

porém, sem significância estatística. Contudo, verificou-se associação negativa e significativa nas subescalas Coesão entre colegas, Autonomia, e positiva com o Conforto físico, indicando que os enfermeiros com mais tempo de serviço revelam uma menor Coesão entre colegas, menor Autonomia mas percepção mais positiva sobre o Conforto físico (cf. tabela 9). Face aos resultados, aceitou-se parcialmente a hipótese.

Tabela 9 – Correlação de Pearson entre o Tempo de Serviço e o Clima Organizacional

	TEMPO DE SERVIÇO	
	r	P
Envolvimento	-0,129	0,160
Coesão entre colegas	-0,224	0,014*
Apoio do supervisor	-0,081	0,375
Autonomia	-0,182	0,045*
Orientação para a tarefa	-0,112	0,221
Pressão para o trabalho	0,015	0,870
Clareza	-0,062	0,500
Controlo	-0,041	0,655
Inovação	0,027	0,767
Conforto físico	0,207	0,023*
CLIMA ORGANIZACIONAL		
(Nota global)	-0,106	0,248*

* p < 0,05

Quanto ao Tempo de Serviço em CSP, no global esta relação indicou que com o aumento do Tempo de Serviço em CSP, a percepção do CO era menos agradável, porém sem significância estatística. Por subescalas, verificou-se associação positiva e significativa entre o Tempo de Serviço em CSP e o Conforto físico ($r=0,299$; $p=0,001$), sugerindo que os enfermeiros com mais tempo de serviço em CSP possuem melhor percepção relativamente ao Conforto Físico. Desta forma aceitou-se parcialmente a hipótese

Pelo estudo da influência do Vínculo Laboral na percepção do CO apurou-se, pelas ordenações médias, que os enfermeiros com Contrato de trabalho em funções públicas por tempo certo, foram os que apresentaram percepção menos agradável do seu local de trabalho, exceto no Controlo e Pressão para o trabalho. Contudo apenas na subescala Clareza se observou diferenças significativas ($\chi^2=6,224$; $p=0,045$) indicando influencia na percepção do CO, o que nos permite aceitar parcialmente a hipótese formulada.

Relativamente à Forma de Recrutamento dos enfermeiros, os sujeitos a Mobilidade interna apresentaram valores mais baixos na percepção do CO em todas as subescalas e valor global, exceto na subescala Apoio do supervisor, Controlo e Conforto físico. Em sentido oposto, encontravam-se os enfermeiros que trabalham na unidade por Convite, com médias superiores na Autonomia, Orientação para a tarefa, Pressão para o trabalho, Controlo, Inovação e CO global. O Conforto físico apresenta índices mais elevados na Forma de recrutamento por Concurso. As diferenças

apenas se revelaram significativas para a Autonomia e percepção do CO global, aceitando-se parcialmente a hipótese.

A análise relativa ao local de trabalho, indicou que os que desenvolvem funções em UCC têm uma percepção mais agradável do CO (OM=82,41) (nota global). Já os enfermeiros que trabalham em UCSP têm uma percepção menos agradável (OM=49,83), com diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=11,937$; $p=0,018$). O Tipo de unidade onde os enfermeiros trabalham, exerce influência nas subescalas, Envolvimento, Orientação para a tarefa e Inovação (cf tabela 10).

Tabela 10 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Tipo de Unidade e o Clima Organizacional

TIPO DE UNIDADE	USF Modelo A (n=26)	USF Modelo B (n=20)	UCSP (n=49)	UCC (n=17)	Outra (n=9)	Teste de Kruskal-Wallis	
	OM	OM	OM	OM	OM	χ^2	p
Envolvimento	56,46	72,60	49,20	80,50	75,72	15,328	0,004*
Coesão entre colegas	53,23	63,48	55,44	82,44	67,72	9,493	0,050
Apoio do supervisor	60,33	61,25	55,62	77,21	61,06	4,868	0,301
Autonomia	69,31	61,85	53,16	74,85	51,61	7,360	0,118
Orientação para a tarefa	67,23	65,90	51,65	79,62	47,82	11,175	0,025*
Pressão para o trabalho	67,67	72,03	56,36	54,82	54,17	4,767	0,312
Clareza	61,02	61,20	55,32	78,26	58,83	5,632	0,228
Controlo	59,60	73,68	54,30	61,32	72,78	5,696	0,223
Inovação	66,54	62,60	52,79	80,39	49,56	9,727	0,045*
Conforto físico	65,44	49,45	49,83	82,41	64,00	6,219	0,183
CLIMA ORGANIZACIONAL (Nota global)	62,85	66,43	49,83	82,41	64,00	11,937	0,018*

* p < 0,05

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O presente estudo teve como foco o Clima Organizacional numa organização de saúde da área dos CSP e foi dirigido aos enfermeiros, tendo constituído a amostra 121 profissionais, 81,8% do sexo feminino, evidenciando o facto de nesta profissão o sexo feminino ser substancialmente superior ao sexo oposto. Estes resultados vêm corroborar os dados publicados no anuário da Ordem dos Enfermeiros (2015), indicando que dos 66 452 enfermeiros inscritos, 54 374 (81,8%) são do sexo feminino. Verificámos que a percepção do CO do ACES X é muito positiva, já que um quarto dos enfermeiros da amostra o classifica como muito agradável e quase metade considera-o agradável. Podemos considerar este resultado bastante animador pois uma percepção positiva é um elemento fulcral para a gestão dos interesses humanos e resultados organizacionais.

A principal vantagem competitiva das empresas é obtida por intermédio das pessoas que nelas trabalham e tal como Chiavenato (1999)[2], defende, a importância dada, na atualidade, ao fator humano, resulta da sua influência na excelência das organizações bem-sucedidas. Nenhuma

CLIMA ORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS DO ACES X

organização existe sem pessoas e no mundo globalizado a diferença é feita pelas pessoas que compõem as organizações. Nesta perspetiva tentou verificar-se a existência de relação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros alvo deste estudo e a perceção do CO no seu contexto de trabalho.

Verificou-se que relativamente ao sexo, as mulheres estudadas não se destacavam apenas quanto ao número, pois estas, comparativamente aos homens, apresentaram de forma significativa uma perceção mais agradável do Clima Organizacional, especificamente nas subescalas Orientação para a tarefa, Pressão para o trabalho, Inovação e nota global do CO. Apesar de alguma dificuldade na comparabilidade destes resultados, verificou-se que no estudo de Aliaga et al., (1993:36) [5], realizado com enfermeiros espanhóis da carreira hospitalar, os resultados são opostos, revelando que os homens apresentavam uma perceção mais favorável do clima organizacional nas apenas na subescala Pressão para o trabalho, nas restantes e tal como no presente estudo, as mulheres apresentam valores superiores. Os resultados daquele estudo sugeriam que as enfermeiras se sentem mais pressionadas no trabalho e isso reflecte-se negativamente na sua apreciação sobre o clima organizacional. É um facto que a maioria das mulheres portuguesas trabalham a tempo inteiro, contudo, o modelo social dominante continua ainda a atribuir-lhes a principal responsabilidade pelo trabalho prestado no âmbito da família. Desta situação resulta um peso excessivo de responsabilidades familiares e profissionais para as mulheres e eventualmente uma maior capacidade de orientação para as tarefas e de gestão da pressão no trabalho. Também o resultado obtido na subescala inovação encontra justificação no facto de as mulheres fazerem, quotidianamente, prova de uma inventividade muito particular para conjugar os imperativos do seu trabalho e aquilo que a sua vida familiar exige.

A relação entre a idade e a perceção do CO, indicou que os enfermeiros mais velhos revelaram menor Coesão entre colegas, Autonomia e capacidade de Orientação para a tarefa, mas melhor relativamente ao Conforto físico. Contrariamente, no estudo de Chianh, Núñez, Martín & Salazar (2010)[9] realizado para avaliar o compromisso dos trabalhadores e o clima organizacional verificou-se que o compromisso com a organização é mais elevado a partir dos 40 anos, estando sobretudo relacionado com o reconhecimento atribuído.

Com a hipótese 2, pretendíamos apurar a influência das variáveis profissionais dos enfermeiros inquiridos na perceção do CO. Averiguou-se que exercem influência parcial o tempo de serviço, a forma de recrutamento, especificamente por convite e o tipo de unidade onde os enfermeiros trabalham.

Tal como já foi referido, o enquadramento legal que suporta a reforma dos CSP tem subjacente um novo modelo organizativo, que regulamenta a criação das USF e onde é realçado que estas são um pilar inovador nos CSP e nos serviços públicos em Portugal, dando corpo a um modo avançado de organização baseado em equipas multiprofissionais auto-organizadas. Este modelo de equipas, extensivo às UCC, encerra um novo conceito

de recrutamento na administração pública em geral e na saúde em particular, que muito terá contribuído para estes resultados, pois a integração de determinada equipa pressupõe um Convite por quem toma a iniciativa da constituição da unidade de saúde. Assim, o convite é entendido como um reconhecimento ou recompensa, não material, pelo trabalho realizado e, como tal, fonte de motivação para o trabalhador. Segundo Chianh, Núñez, Martín & Salazar (2010)[9] a satisfação do profissional está relacionada com o reconhecimento atribuído, aumentando o seu compromisso afectivo. O trabalhador ao ser envolvido nas decisões organizacionais, desencadeia uma ligação mais estreita com a organização e com os objectivos organizacionais, aumentando o “contrato psicológico e emocional”, os níveis de empenhamento, dedicação, alcançando as suas próprias metas e as metas empresariais.

Também o Tipo de unidade onde os enfermeiros trabalham influenciou significativa e favoravelmente a perceção do CO, salientando-se os que trabalham nas UCC. Este resultado poderá ser explicado pela forma auto-organizada como estas se constituíram e também pela autonomia técnica e organizacional que possuem, à semelhança da preconizada para as USF mas, sobretudo, pela coordenação da unidade ser da responsabilidade de um enfermeiro. Será esta autonomia, a principal responsável pelos resultados obtidos, dado que nas demais áreas, nomeadamente nas condições estruturais e sistema de incentivos/recompensa, as UCC estão muito aquém das USF.

Em resposta ao propósito desta investigação, podemos dizer que foi possível obter uma fotografia de caracterização da perceção do clima organizacional dos enfermeiros do ACES X esperando com ela contribuir para uma reflexão que permita definir estratégias para o aumento da satisfação dos profissionais, o que terá certamente impacto na satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Louro, C. (1995) Tradução e adaptação da Work Environment Scale (W.E.S.) à População Portuguesa. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Monografia de fim de curso).
- [2] Chiavenato, I. (1999) Recursos humanos: O capital humano das organizações (9ª Edição). Rio de Janeiro: Campus.
- [3] Neves, J. (2001) Clima e cultura organizacional. In Ferreira, J., Neves, J.; Caetano, A. Manual de Psicossociologia das Organizações. Lisboa: McGraw-Hill.
- [4] Ferreira, I. (2014) Relatório Género, trabalho e saúde em Portugal. Porto: Centro de Psicologia da Universidade do Porto.

[5]Aliaga, S. L. et al., (1993) "Motivación laboral: Creación de círculos de calidad". Revista Rol de Enfermería. Madrid. 176, pp. 33-38.

[6]Kopelman, R. (1988) Administración de la productividad en las organizaciones. México: MacGraw-Hill.

[7]Campos, A.C. (2006). Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Acedido em: <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Linhas%20de%20Accao%20Prioritaria.pdf>

[8]Moos, R & Insel, P.M. (1974). The Work Environment Scale. Palo Alto (Cal.): Consulting Psychologist Press Inc.

[9]Chiang V.M., Núñez P.A., Martín M.J., Salazar B.M (2010). Compromiso del Trabajador hacia su Organización y la relación con el Clima Organizacional: Un Análisis de Género y Edad. Panorama socioeconómico 28(40), pp. 92-103

ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNITÁRIA
FAMILY AND COMMUNITY NURSING

CONHECIMENTOS DOS PAIS PERANTE O SEU FILHO COM FEBRE
PARENTS' KNOWLEDGE TOWARDS THEIR CHILD SUFFERING FROM FEVER

Manuela Pereira¹

Isabel Bica^{2,4}

João Duarte²

Madalena Cunha^{2,3}

Carlos Albuquerque^{2,3}

¹ACES Dão Lafões- USF Alves Martins

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

³CIEC, Universidade do Minho, Portugal

⁴CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A febre, um problema comum na infância, é uma das maiores preocupações dos pais nas situações de doença dos seus filhos, essencialmente pela falta de informação sobre o seu significado.

OBJETIVO

Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem no conhecimento dos pais perante os filhos com febre.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 360 pais que frequentavam as consultas de vigilância de saúde infantil com os seus filhos, em instituições de saúde públicas da região centro de Portugal.

O instrumento de colheita de dados, submetido a validação e pré-teste, foi construído pelos investigadores com base na revisão teórica.

RESULTADOS

Trata-se de uma amostra com uma média de idade de 34,7 anos ($\pm 7,9$), maioritariamente feminina (51,7%). Os conhecimentos sobre a febre revelaram-se fracos nos pais com idade ≥ 38 anos (36.2%), a residirem na zona rural (69.3%) e com uma escolaridade até ao 9º ano (53.9%). Os pais com menos de 37 anos (68.2%), a residirem na zona urbana (53.0%) e com o ensino superior (43.3%) revelaram bons conhecimentos.

CONCLUSÕES

Os resultados revelam a necessidade dos enfermeiros capacitarem os pais para cuidar dos filhos com febre, promovendo a melhoria do nível de literacia em saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Criança; Febre; Antipiréticos; Pais

CONHECIMENTOS DOS PAIS PERANTE O SEU FILHO COM FEBRE

ABSTRACT

INTRODUCTION

Fever, a common problem in childhood, is one of the major concerns for parents in situations of illness of their children, mainly due to the lack of information about its meaning or significance.

OBJECTIVES

To identify the sociodemographic variables that interfere with parental knowledge about children with fever.

METHODS

A quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study in a non-probabilistic convenience sample consisting of 360 parents who attended the infant health surveillance consultations with their children in public health institutions in the center of Portugal.

The data collection instrument, constructed by the investigators based on the theory revision, was validated and subjected to pre-test.

INTRODUÇÃO

Na criança a regulação da temperatura é menos exata que no adulto, uma vez que o equilíbrio térmico atinge-se apenas após o segundo ano de vida. Consideram-se normais as temperaturas retais entre os 36,5°C e os 38,0°C (Pimentel, 2001, Pestana, 2003), sendo que para Walsh, Edward & Fraser (2008) a temperatura normal em crianças oscila entre 37,5°C ± 0,3°C e para Puga et al. (2011) varia entre os 35,6°C e os 38,2°C. A elevação da temperatura corporal, acima dos valores normais, em resposta a um estímulo patológico define a febre (Gomide, Silva, Capanema, Gonçalves & Rocha, 2014).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), "(...) a febre define-se como um aumento da temperatura corporal acima da normal variação diurna (...) pode surgir associada a processos inflamatórios, neoplasias ou traumatismos e ter origem em causas psicológicas" (2004, p.7) ou ser uma reação a determinadas drogas (Macambira, 2007, Feldhaus & Cancelier, 2012, Gomide et al., 2014).

A febre não é contagiosa nem é uma doença. É somente um sintoma que reflete algumas alterações corporais, embora possa ser causada por uma doença infecciosa (Chiappini et al., 2009). Consiste num aumento controlado da temperatura corporal, acima dos valores normais do indivíduo, sendo que observações in-vitro sugerem que desempenha uma importante função na potenciação da resposta imune (Ugarte, Orue, Samudio &

RESULTS

A sample with an average age of 34.7 years (± 7.9), mostly female (51.7%). Knowledge of the condition proved to be weak in parents aged ≥ 38 years (36.2%), from rural areas (69.3%) and education up to 9th grade (53.9%). Parents younger than 37 years of age (68.2%), from urban areas (53.0%) and a higher education (43.3%) showed good knowledge.

CONCLUSIONS

The results reveal the need for nurses to empower parents to care for children with fever, promoting the improvement of the level of health literacy.

KEYWORDS

Child; Fever; Antipyretics; Parents

Weber, 2009) e anti-inflamatória (Walsh et al., 2008). Promove o atraso no crescimento e na reprodução de bactérias e vírus, aumento da produção de neutrófilos e proliferação de células-T, ajudando na reação de fase aguda do organismo (Rocha, Regis, Nelson-Filho & Queiroz, 2009).

Apesar de cientificamente ser considerada como um processo adaptativo natural que pode melhorar a resistência do corpo contra infeções (McDougall & Harrison, 2014), a febre na criança desperta sentimentos de ansiedade e medo, descritos como "fobia da febre" (Rocha et al., 2009), que se manifestam independentemente da escolaridade ou classe económica. Para além disso produz efeitos físicos e socioeconómicos nos pais, levando-os a ausências do trabalho, procura de conselhos médicos e de enfermagem, gastos em medicação e maior assistência em casa (Gomide, 2011).

A preocupação exagerada com a febre deve-se, essencialmente, à falta de informação dos pais acerca do seu significado. Diversos estudos nacionais e internacionais revelam que os pais possuem conceções variadas e erradas acerca da avaliação e tratamento da febre nos seus filhos (Gomide, 2011). Essas conceções, muitas vezes associadas a preconceitos transmitidos pela tradição, influenciam as atitudes dos pais face à criança febril (Pestana, 2003, Casanova, Reis & Prata 2014).

A reduzida compreensão da febre determina a necessidade de identificar com clareza o que os pais sabem sobre o tema e a forma como lidam com a ansiedade e medo associados. (Rocha

CONHECIMENTOS DOS PAIS PERANTE O SEU FILHO COM FEBRE

et al., 2009).

É fundamental, por isso, promover junto dos pais a responsabilidade, a autonomia e a confiança, inerentes ao seu desempenho parental. Neste contexto, os enfermeiros, na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil, têm um papel preponderante na orientação dos pais perante a criança com febre (Zeferino & Nunes, 2011).

OBJETIVOS

Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem nos conhecimentos dos pais perante os filhos com febre;

Determinar o nível de conhecimentos dos pais perante os filhos com febre.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por pais de crianças assistidas na consulta de Saúde Infantil de duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, ambas da Região Centro de Portugal. A amostra foi selecionada de forma não aleatória, sendo os critérios de inclusão: possuir idade superior a 18 anos; ser pai/mãe de criança(s) em idade pediátrica (0 aos 18 anos, exclusive); desejar voluntariamente participar no estudo.

A recolha de informação teve como suporte um questionário, elaborado com base na pesquisa bibliográfica sobre a temática, constituído por questões de caracterização sociodemográfica e questões que permitem recolher informação acerca dos conhecimentos dos pais sobre a febre na criança (via/local utilizado para avaliar a temperatura da criança com o termómetro; valor de temperatura acima do qual considera existir febre, atitude tomada para controlar a febre na criança; antipirético mais utilizado para controlar a febre na criança; critério habitualmente tido em conta para calcular a dose de antipirético a administrar à criança com febre; utilização habitual de mais do que um antipirético, de forma alternada, para controlar a febre na criança; opinião sobre os efeitos secundários dos antipiréticos; opinião sobre o significado da febre; opinião sobre complicações da febre alta; sinais e sintomas que associados à febre na criança são preocupantes; sinais e sintomas que associados à febre na criança determinam o recurso ao serviço de urgência).

A validação do conteúdo do questionário resultou da sua apreciação por um grupo de peritos composto por dois médicos de família, dois pediatras e três enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e da realização de um pré-teste, através da aplicação de questionários a pais, com o intuito de avaliar a facilidade de compreensão/interpretação por parte dos participantes. Algumas das questões inicialmente apresentadas foram reformuladas para uma linguagem mais compreensível.

A colheita de dados decorreu entre março e junho de 2014, após autorização da Instituição envolvida e aprovação pela Comissão

de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 para Windows.

RESULTADOS

A amostra ficou constituída por 360 pais que acompanhavam os seus filhos na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil. Maioritariamente feminina (82.5%); os resultados obtidos em relação à idade dos pais revelam, para a globalidade da amostra, uma média de idades de 34.74 anos (± 7.925 anos), sendo que no sexo masculino prevalece a idade superior ou igual a 38 anos (38.1%) e no feminino prevalecem os participantes com idades compreendidas entre os 31-37 anos (36.4%); predominam os participantes que residem com companheiro(a) (81.7%); 57.3% dos participantes residem em meio rural; o grau de escolaridade mais referido é o 3º ciclo (38.3%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino	Nº	%
	Nº (63)	Nº (297)	Nº (360)	% (100.0)
Idade				
≤ 30 anos	17	95	112	31.1
31-37 anos	22	108	130	36.1
≥ 38 anos	24	94	118	32.8
Estado civil				
Sem companheiro(a)	16	50	66	18.3
Com companheiro(a)	47	247	294	81.7
Zona de residência				
Rural	37	168	205	57.3
Urbano	25	128	153	42.7
Escolaridade				
Até ao 3º Ciclo	29	109	138	38.3
Ensino secundário	16	93	109	30.3
Ensino superior	18	95	113	31.4

Os conhecimentos dos pais acerca da febre na criança mostraram que a via/local mais utilizada para avaliar a temperatura do seu filho(a), com o termómetro, foi a axila (87.5%). A maioria dos pais (64.7%) considera febre valores de temperatura entre 37-37,5°C. A administração de antipiréticos foi a atitude mais frequente, por parte de 84.7% dos pais, para controlar a febre na criança. O antipirético mais utilizado foi o paracetamol, em 82.8% dos casos. A dose de antipirético a administrar foi calculada, por 55.3% dos pais, com base no peso da criança. Quando a criança tem febre, a maioria dos pais (57.5%) recorre, habitualmente, ao uso alternado de antipiréticos. 41.7% dos pais consideram a existência de possíveis efeitos secundários dos antipiréticos, dos quais salientam a diarreia (42.0%) e as náuseas (40.7%). A maioria dos pais (77.2%) considera a febre um sinal de alerta indicador de que algo não está bem. Quase a totalidade dos

CONHECIMENTOS DOS PAIS PERANTE O SEU FILHO COM FEBRE

participantes (88.6%) afirmam que a febre alta pode causar complicações, sendo a convulsão a mais referida, seguindo-se a falta de ar e o choro intenso, estes são os sinais associados à febre na criança que mais preocupam os pais. O mau estado geral da criança é o sinal associado à febre que mais leva os pais a recorrer ao serviço de urgência (55.0%).

Para a classificação dos conhecimentos dos pais sobre a febre na criança, determinou-se um índice percentual, observando-se que a média da amostra revela um “índice de conhecimento bom” (62.0% \pm 13.11DP) e que as mulheres possuem melhor nível de conhecimento (63.33% \pm 12.32DP) do que os homens (56.15% \pm 15.08DP) (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Estatísticas relativas ao conhecimento dos pais perante a criança com febre

Sexo	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS
Masculino	20.00	80.00	56.15	15.08	26.85	-2.890	0.127	0.000
Feminino	27.50	97.50	63.33	12.32	19.45	-1.929	0.131	0.002
Total	20.00	97.50	62.07	13.11	21.12	-4.100	1.988	0.000

Da classificação dos conhecimentos em função das variáveis sociodemográficas, considerando os percentis 25 e 75, sobressai que 45.6% da totalidade da amostra demonstra “bons conhecimentos”, mas uma percentagem muito próxima (42.2%) possui “fracos conhecimentos”; os conhecimentos sobre a febre revelaram-se “fracos” nos pais que possuem idade acima dos 38 anos (36.2%), habitam com companheiro (77.0%) em zona rural (69.3%) e possuem até ao terceiro ciclo de escolaridade (53.9%); os pais que têm idade até 37 anos (68,2%), residem igualmente com companheiro (89.0%) em zona urbana (53.0%) e possuem como habilitações literárias o ensino superior (43.3%), apresentam “bons conhecimentos”; a maioria das mulheres apresenta “bons conhecimentos” (87.2%) enquanto os homens apresentam maior percentual (22.7%) para “razoáveis conhecimentos” (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação do conhecimento em função das variáveis sociodemográficas

Conhecimento	Fraco		Razoável		Bom		Total	
	Nº (152)	% (42.2)	Nº (44)	% (12.2)	Nº (164)	% (45.6)	Nº (360)	% (100.0)
Sexo								
Feminino	120	78.9	34	77.3	143	87.2	297	82.5
Masculino	32	21.1	10	22.7	21	12.8	63	17.5
Idade								
≤ 30 anos	47	30.9	9	20.5	56	34.1	112	31.1
31 – 37 anos	50	32.9	24	54.5	56	34.1	130	36.1
≥ 38 anos	55	36.2	11	25.0	52	31.7	118	32.8
Estado Civil								
Sem companheiro	35	23.0	13	29.5	18	11.0	66	18.3
Com companheiro	117	77.0	31	70.5	146	89.0	294	81.7
Zona residência								
Rural	104	69.3	24	54.5	77	47.0	205	57.3
Urbana	46	30.7	20	45.5	87	53.0	153	42.7
Escolaridade								
Até 3º ciclo	82	53.9	19	43.2	37	22.6	138	38.3
Secundário	39	25.7	14	31.8	56	34.1	109	30.3
Superior	31	20.4	11	25.0	71	43.3	113	31.4

Estes resultados são concordantes com os estudos publicados na literatura consultada, designadamente com os de Walsh e Edwards (2006) e Rocha et al., (2009) que também apuraram que as mulheres, sobretudo as mães, são quem mais acompanha os filhos aos serviços de saúde, demonstrando maior nível de conhecimento perante a criança com febre do que os homens. Em relação à escolaridade, os resultados corroboram os de outro estudo (Rodrigues & Rodrigues et al., 2010) que demonstra que os pais com mais habilitações literárias possuem mais conhecimento perante a criança com febre.

CONCLUSÕES

Os resultados alcançados permitiram identificar que os grupos com menor nível de conhecimento sobre a febre na criança foram os progenitores do sexo masculino, pais de idade superior a 38 anos, que habitam em zona rural e possuem até ao 3º ciclo de escolaridade.

Foi identificado um défice de informação sobre os efeitos secundários dos antipiréticos e sobre os sinais e sintomas que associados à febre na criança devem constituir motivo de preocupação e de recurso ao serviço de urgência pediátrica. Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, considera-se que o presente estudo poderá contribuir para a reflexão e promoção de programas de melhoria do desempenho parental e de orientação dos pais perante a criança com febre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Casanova, C., Reis, S.M.M., & Prata, A.P. (2014). Atuação dos pais na situação febril dos filhos. In I Jornadas do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: Livro de resumos (pp. 12-13). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Chiappini, E., Principi, N., Longhi, R., Tovo, P. A., Becherucci, P., Bonsignori, F. & Martino, M. (2009). Management of fever in children: summary of the Italian Pediatric Society Guidelines. *Clinical Therapeutics*, 31(8), 1826-1843. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19808142>.

Feldhaus, T., Cancelier, A.C.L. (2012). Conhecimentos dos pais sobre febre em crianças. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 41(1), 16-21. Acedido em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislnd.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=664894&indexSearch=ID>.

Gomide, A.C.M. (2011). Estudo da influência das crenças, conhecimentos e fontes de informação nas condutas dos cuidadores no manejo da febre na criança. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais). Acedido em <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-8QCNGV>.

CONHECIMENTOS DOS PAIS PERANTE O SEU FILHO COM FEBRE

Gomide, A.C.M., Silva, R.M., Capanema, F.D., Gonçalves, L.A.O. & Rocha, R.L. (2014). Como os pais lidam com a febre infantil: influência das crenças, conhecimento e fontes informação no cuidado e manejo da febre na criança - revisão sistemática da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais* 2014, 24(2), 180-185. Acedido em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=725966&indexSearch=ID>.

Macambira, R. (2007). Febre: abordagem clínica. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 92(5), 33-35. Acedido em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=480229&indexSearch=ID>.

McDougall, P., Harrison, M. (2014). Fever and feverish illness in children under five years. *Nursing Standard*, 28(30), 49-59. Acedido em <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2014.03.28.30.49.e8410>.

Pestana, A. (2003). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 333-343. Acedido em [https://www.google.pt/#q=Pestana%2C+A.\(2003\).+Conhecimentos+e+atitudes+dos+pais+perante+a+febre+dos+filhos.+Revista+Portuguesa+de+Cl%C3%ADnica+Geral.+Volume+19%2C+3](https://www.google.pt/#q=Pestana%2C+A.(2003).+Conhecimentos+e+atitudes+dos+pais+perante+a+febre+dos+filhos.+Revista+Portuguesa+de+Cl%C3%ADnica+Geral.+Volume+19%2C+3).

Pimentel, M. H. (2001). A febre como um sinal ou sintoma. *Revista Sinais Vitais*, 34, 40-44.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica*. Lisboa: DGS.

Puga, J.M.G., Pozo, J.E.C., Diaz, L.C., Morillas, D.H., Torrecillas, F.J.G., Romero, T.J.,..., Extremera, A.R. (2011). Conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 51(13), 367-379. Acedido em http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus51_LjPrOfNrft0uEHfLn4tOd9I9o.

Rocha, C.T., Regis, R.R., Nelson-Filho, P. & Queiroz, A.M. (2009). Febre na infância: conhecimento, percepção e atitude materna. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 21(3), 244-251. Acedido em <http://files.bvs.br/upload/S/1983-5183/2009/v21n3/a007.pdf>

Rodrigues e Rodrigues, L., Monteiro, T., Neto, T. & Rodrigues, C. (2010). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre. *Revista Saúde Infantil*, 32(1), 17-21. Acedido em http://saudeinfantil.asic.pt/comprar.php?article_id=152.

Ugarte, E. M., Orue, C., Samudio-D, G.C. & Weber, E. (2009). Qué creen y hacen? *Pediatría (Asunción)*, 36 (3), 201-205. Acedido em <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v36n3/v36n3a05.pdf>.

Walsh, A. & Edwards, H. (2006). Management of childhood fever by parents: literature review. *Journal of advanced nursing*, 54(2), 217-227. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16553708>.

Walsh, A., Edwards, H. & Fraser, J. (2008). Parent's childhood fever management: community survey and instrument development. *Journal of advanced nursing*, 63 (4), 376-378. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18727765>.

Zeferino, L. & Nunes, E. (2011). Febre na criança: pais e enfermeiros, parceiros no cuidar. *Enfermagem*, 15, 16-18. Acedido em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/783>.

O DOENTE EM SITUAÇÃO PALIATIVA: IMPLICAÇÕES DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES FACE AOS CUIDADOS DE SAÚDE

59 N°4 | REVISTA SERVIR | 2016 | 31 - 35

O DOENTE EM SITUAÇÃO PALIATIVA: IMPLICAÇÕES DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES FACE AOS CUIDADOS DE SAÚDE

THE PATIENT IN PALLIATIVE SITUATION: IMPLICATIONS OF FAMILY FUNCTIONALITY IN MEETING THE FAMILY FACE TO HEALTH CARE

Isabel Bica^{1,3}

Madalena Cunha^{1,2}

Ana Andrade¹

António Dias¹

Olivério Ribeiro¹

Estudantes 24^o CLE, ESSV, IPV¹

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

Ter um familiar doente, sobretudo em cuidados paliativos, constitui-se numa situação de crise no sistema familiar, (...) pois, a situação de doença é sentida pelos familiares como uma ameaça em virtude da imprevisibilidade dos acontecimentos e das necessidades de mudança (Pereira & Lopes, 2012).

OBJETIVO

Identificar as variáveis socioeconómicas que interferem na satisfação dos familiares de doentes em situação paliativa; Analisar o efeito da funcionalidade familiar na satisfação dos familiares de doentes em situação paliativa.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo e transversal, numa amostra não probabilística por conveniência de 150 familiares de doentes em situação paliativa, em Unidades de Cuidados Paliativos na zona centro de Portugal, com idades entre os 16 e 81 anos e média de 37.17.

Instrumentos: Escala de Apgar Familiar (Agostinho e Rebelo, 1988); escala FAMCARE Kristjanson (1993), tradução por Almeida (2012). O estudo de fiabilidade da FAMCARE obteve valores de consistência interna (Alpha Cronbach) de 0.964. (DP=1.279).

RESULTADOS

A funcionalidade familiar é melhor entre os homens (M=81.50±16.725 DP). Sem significância estatística (Z=-0.786; p=0.432).

No global, 25.3% dos familiares mostraram estar muito satisfeitos, 47.3% moderadamente satisfeitos e 27.3% pouco satisfeitos, com os cuidados de saúde prestados ao seu familiar. No sexo masculino o nível de satisfação é mais elevado (OM=77.21) em oposição às mulheres (OM=74.28), sem diferença estatística (Z=-0.291; p=0.771). Os familiares com idade ≥ 44 anos estão mais satisfeitos em relação à disponibilidade de informação e os participantes com um rendimento familiar mensal superior a quatro vezes o ordenado mínimo estão mais satisfeitos com a informação, disponibilidade e cuidados físicos. Os familiares com melhor funcionalidade familiar evidenciam um nível de satisfação com os cuidados mais elevado.

A idade e a funcionalidade familiar apresentaram-se como preditoras para todas as dimensões da satisfação.

CONCLUSÕES

Maior idade e melhor funcionalidade familiar associaram-se a maior satisfação com os cuidados prestados, inferindo-se que estas variáveis devem ser consideradas quando planeamos assistência diferenciada a dispensar aos familiares da pessoa com necessidades paliativas.

PALAVRAS-CHAVE

Família; Cuidados paliativos; Satisfação familiar

O DOENTE EM SITUAÇÃO PALIATIVA: IMPLICAÇÕES DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES FACE AOS CUIDADOS DE SAÚDE**ABSTRACT****INTRODUCTION**

Having a sick family member, especially in palliative care, is a crisis in the family system. It generates a lot of stress, because the disease is felt by family members as a threat due to the unpredictability of events and changing needs (Pereira & Lopes, 2012).

OBJECTIVES

To identify the socio-economic variables that interfere with the satisfaction of family members of patients in palliative situation; To analyze the effect of family functionality in satisfaction of family members of patients in palliative situation.

METHODS

Quantitative, descriptive and cross-sectional study in a non-probabilistic convenience sample of 150 families of patients in palliative situation in Palliative Care Units in central Portugal, aged between 16 and 81 years and a mean of 37.17 (SD=1.279). Instruments: Family Apgar Scale (Augustine and Rebelo, 1988); scale FAMCARE - Kristjanson (1993), translation by Almeida (2012). The study of reliability of FAMCARE obtained internal consistency (Cronbach Alpha) of 0,964.

INTRODUÇÃO

É na família que a pessoa procura auxílio para transpor as dificuldades que surgem ao longo da vida. A presença de doença na família acarreta uma rutura com a vida anterior e ajustamento a uma nova realidade social/espiritual; envolve um processo de reorganização na sua estrutura, nos papéis e nas relações afetivas (Luders & Storani, 2010). As transformações de cada família decorrentes da doença de um dos seus membros dependem do papel social do doente, da idade, do sexo e da própria estrutura familiar. No seu todo, para além de outras, estas variáveis, interferem em todo o processo de ajustamento, a sua dinâmica e a percepção que cada um dos intervenientes tem acerca dos acontecimentos (Luders & Storani, 2010).

Para além da complexidade do cuidado prestado pelas famílias, deve também considerar-se que elas próprias têm sofrido complexos fenómenos de ajustamento às mudanças de organização social, resultando em elevados constrangimentos no que se refere ao desempenho dos seus papéis tradicionais enquanto cuidadores (Almeida, 2012). Por outro lado, na família está depositada a última salvaguarda e expectativa na prestação de cuidados sendo que, no que diz respeito aos cuidados paliativos, a Organização Mundial de Saúde reconhece que é

RESULTS

Family functionality is better among men ($M = 81.50 \pm 16.725$ SD). No statistically significant ($Z = -0.786$; $p = 0.432$).

Overall, 25.3% of family members showed to be very satisfied, 47.3% moderately satisfied and 27.3% somewhat satisfied with the health care provided to his family.

In males the level of satisfaction is higher ($OM = 77.21$) as opposed to women ($OM = 74.28$), with no statistical difference ($Z = -0.291$; $p = 0.771$). The family aged ≥ 44 years are more satisfied about the availability of information. Participants with a monthly household income greater than four times the minimum wage are more satisfied with the information, availability and physical care. Family members with high family functionality show a higher level of satisfaction with provided care.

Age and family functionality are predictors of all dimensions of satisfaction.

CONCLUSIONS

Greater satisfaction with the care provided was encountered within the oldest and better family functionality. These variables must be considered when we plan differentiated assistance to the families of patients with palliative needs.

KEYWORDS

Family; Palliative care; Family satisfaction

sobre a família destes doentes que recai a maior carga e por conseguinte também necessita de cuidados (Luders & Storani, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (2002) define cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas associados ao risco de vida decorrente de uma doença grave e/ou incurável, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. A Direção Geral de Saúde (2004), no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, apresenta igualmente a definição da Organização Mundial de Saúde. Para a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2012), estes consistem numa resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo.

O apoio à família é um dos elementos chave dos cuidados

O DOENTE EM SITUAÇÃO PALIATIVA: IMPLICAÇÕES DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES FACE AOS CUIDADOS DE SAÚDE

paliativos e, como tal, não deve ser negligenciado. Uma das causas de sofrimento dos doentes paliativos resulta do seu conhecimento e da perceção que têm das dificuldades com que as famílias se deparam. Desta forma, se eles souberem que a sua família está a ser apoiada, o seu sofrimento será atenuado. Por outro lado, quando apoiadas, as famílias recuperam capacidades muito úteis para o acompanhamento do seu familiar doente (Simões, 2013).

O processo de apoio e informação estabelecido entre doente/família e profissionais de saúde desempenha um papel preponderante na aceitação da doença, na capacitação para lidar com as situações, na tomada de decisão e no envolvimento no processo de cuidar por parte da família, possibilitando-lhe, deste modo, reduzir a incerteza e adquirir algum controlo sobre as atividades do dia-a-dia, resultando no sentimento de bem-estar da realidade que enfrentam e melhor qualidade de vida (Morreira, 2011).

A participação dos familiares na prestação de cuidados de conforto aos seus doentes é indispensável, na medida em que lhes possibilita manter o domínio da situação quando são impotentes perante o doente e a doença. Deste modo, para que a família possa desempenhar o seu papel de cuidador tem que ser apoiada na prestação de cuidados, informada acerca das mudanças que ocorrem e das atitudes a adotar (Almeida, 2012). Constituindo a família e o doente paliativo a unidade dos cuidados é importante que se compreenda e avalie as necessidades sentidas pela família, ou seja, que a mesma seja vista como unidade recetora de cuidados, de modo a poder desempenhar capazmente a sua função de cuidadora (Moreira, 2011).

A família de um doente paliativo sofre igualmente com o impacto da doença e, como tal, para que o possa ajudar e ajudar-se a si, ao longo de todo este processo, por vezes tortuoso, deve ter acesso a apoio adequado por parte dos profissionais de saúde (Barbosa, 2010).

O objeto do cuidar em cuidados paliativos consiste, portanto, no doente e na família, sendo de grande importância para o bem-estar do doente que a família seja assistida nas suas necessidades (Almeida, 2012).

Em cuidados paliativos, a família é parte integrante do cuidado integral ao doente, assumindo-se como um mediador dos cuidados profissionais e um importante referente emocional durante todo o processo de adoecimento (Almeida, 2012). Não obstante, a mesma autora refere que o cuidar paliativo pode gerar altos níveis de depressão, ansiedade e stresse nos familiares, resultando na diminuição da sua qualidade de vida. Deste modo, cada vez mais, a satisfação das famílias com os cuidados de saúde prestados aos doentes paliativos é tido como um relevante indicador da qualidade dos cuidados.

Neste sentido, ganha toda a pertinência estudar-se as implicações da funcionalidade familiar na satisfação dos cuidados de saúde.

OBJETIVOS

Face ao exposto, anteriormente, formulam-se os seguintes objectivos de estudo:

- Identificar as variáveis socioeconómicas que interferem na satisfação dos familiares de doentes em situação paliativa.
- Relacionar a funcionalidade familiar com a satisfação dos familiares de doentes em situação paliativa.

MÉTODOS

Para o estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 150 familiares de doentes em situação paliativa internados em diferentes Unidades de Cuidados Paliativos da zona centro de Portugal Continental, em 2014.

Para a colheita de informação recorreu-se a um questionário de caracterização sociodemográfica que permitiu caracterizar os sujeitos da amostra relativamente à idade, o sexo, o estado civil, local de residência, habilitações literárias/académicas e situação profissional. A funcionalidade familiar foi avaliada através da Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978) versão portuguesa (Agostinho e Rebelo, 1988).

Para avaliar a satisfação familiar foi aplicada a Escala FAMCARE Kristjanson (1993), traduzida por Almeida (2012). O estudo de fiabilidade da FAMCARE obteve valores de consistência interna (Alpha Cronbach) de 0,964.

Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0 (2013) para Windows.

RESULTADOS

Quanto à caracterização sociodemográfica os resultados do estudo revelou uma amostra constituída por 150 participantes. Sendo 110 participantes do sexo feminino (73.3%), com uma idade média de 35,45 anos \pm 15,053 DP e 40 do sexo masculino (26.7%), com uma idade média de 41.30 anos (DP = 17.691).

No que se refere ao estado civil, no grupo dos homens, com maior percentual, surgem os que têm companhia (52.5%), contrariamente ao grupo das mulheres, cuja maioria (57.3%) não possuem companheiro.

Quanto à zona de residência, verificou-se que, 54.7%, dos participantes, residem em meio urbano, pertencem ao distrito de Viseu (58.0%).

No que alude às habilitações literárias, prevalecem os

O DOENTE EM SITUAÇÃO PALIATIVA: IMPLICAÇÕES DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES FACE AOS CUIDADOS DE SAÚDE

participantes com o ensino secundário (39.3%) e 78% estavam no ativo profissionalmente.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE INTERFEREM NA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES DE DOENTES EM SITUAÇÃO PALIATIVA

No que concerne às estatísticas relativas à satisfação dos cuidados de saúde ao doente em cuidados paliativos, segundo a percepção dos familiares, observa-se que, no global, os participantes apresentam uma satisfação mínima de um e máxima de 157, ao que corresponde uma média de 77.914 ± 5.865 DP.

No que respeita à satisfação dos familiares face aos cuidados de saúde, uma baixa pontuação indica elevado nível de satisfação e alta pontuação indica baixo nível de satisfação (Almeida, 2012). Assim, a análise da ordenação média, relativamente ao sexo, indica que são os participantes do sexo masculino a revelar baixo nível de satisfação em todas as dimensões da escala (Informação, Disponibilidade, Cuidados físicos, Cuidados psicossociais e Índice global). Deste modo, são as mulheres a apresentarem uma ordenação média mais baixa, traduzindo-se em níveis de satisfação mais elevados, com destaque para os cuidados psicossociais (OM=73.78) e informação (OM=74.50). Os homens revelam menor nível de satisfação em relação aos cuidados psicossociais (OM=80.23). Os dados obtidos revelam que a variável sexo não interfere estatisticamente na satisfação dos familiares face aos cuidados de saúde ($p > 0.05$).

Quanto à idade, as médias mostram que, na globalidade, são os familiares com idade igual ou superior aos 44 anos a apresentar uma pontuação mais baixa, o que indica que estão mais satisfeitos face aos cuidados de saúde, nomeadamente na disponibilidade (M=7.41) e nos cuidados psicossociais (M=8.25). Podemos inferir que a variável idade interferiu estatisticamente em todas as dimensões da satisfação com os cuidados de saúde ($p < 0.05$) (cf. Tabela 1). Os familiares menos satisfeitos são os que possuem idade inferior ou igual aos 26 anos. De acordo com o teste Post Hoc Tukey, as diferenças estatísticas residem no grupo dos participantes com idade igual ou superior aos 44 anos, mais precisamente entre ≤ 26 anos e os 27-43 anos.

Tabela 1 - Relação entre dimensões da satisfação face aos cuidados de saúde e a idade

Satisfação face aos cuidados de saúde	Idade ≤ 26		27 – 43 anos		≥ 44 anos		F	p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Informação	12.22	3.286	10.94	4.062	9.64	3.393	6.413	0.002
Disponibilidade	9.14	2.979	8.48	3.296	7.41	2.459	4.460	0.013
Cuidados físicos	17.04	4.834	15.72	5.391	14.13	4.812	4.198	0.017
Cuidados psicossociais	9.91	3.167	8.78	3.541	8.25	2.674	4.198	0.029
Índice global	48.32	13.486	43.92	15.524	39.45	12.319	5.145	0.007

Verificou-se que os valores médios dos participantes com companheiro(a) revelaram mais satisfação em relação aos cuidados de saúde ao seu familiar em cuidados paliativos, atendendo que, em todas as dimensões, apresentam médias menos elevadas, sobretudo na disponibilidade (M=7.69) e nos cuidados psicossociais (M=8.50). Enquanto os valores médios dos participantes sem companheiro(a) demonstram uma menor satisfação, pois são superiores em todas as dimensões, nomeadamente nos cuidados físicos (M=16.29) e na informação (M=11.47). A variável estado civil não interferiu na satisfação dos familiares face aos cuidados prestados ($p > 0.05$).

Os participantes a residirem em meio rural mostram-se mais satisfeitos em relação aos cuidados prestados ao seu familiar em cuidados paliativos, na medida em que as suas pontuações médias são menos elevadas, à exceção da disponibilidade (M=8.17) e cuidados psicossociais (M=8.89), onde são os que residem em meio urbano a apresentarem valores médios mais baixos. A variável zona de residência não interferiu na satisfação dos familiares face aos cuidados prestados ($p > 0.05$).

Averiguou-se que a ordenação média patenteia que os participantes que possuem o 2º e 3º ciclos estão mais satisfeitos face aos cuidados prestados ao seu familiar em cuidados paliativos, na medida em que os valores são os menos elevados, designadamente na disponibilidade (OM=60.05), nos cuidados físicos (OM=62.10) e no total da satisfação face aos cuidados prestados (OM=61.33). Em relação ao ensino secundário averiguamos que os participantes estão menos satisfeitos, pois apresentam-se valores mais elevados, principalmente ao nível da disponibilidade (OM=83.14), seguido dos cuidados físicos (OM=82.65). Entre as habilitações que interferem com a satisfação, temos o ensino superior e o ensino até ao 1º ciclo, onde o ensino superior predomina na insatisfação, essencialmente nos cuidados físicos (OM=76.87). Já relativamente ao ensino até ao 1º ciclo, os participantes estão mais satisfeitos, particularmente quanto aos cuidados físicos (OM=68.21). A variável habilitações académicas não interferiu na satisfação dos familiares face aos cuidados prestados ($p > 0.05$).

IMPLICAÇÕES DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES DE DOENTES EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Os dados obtidos e expostos na Tabela 2 revelam que os participantes com alta funcionalidade familiar evidenciam um nível de satisfação mais elevado em todas as dimensões da escala, nomeadamente no índice global da satisfação com os cuidados de saúde. A variável funcionalidade familiar interfere estatisticamente nas dimensões da satisfação face aos cuidados de saúde, à exceção da informação ($p = 0.122$).

O DOENTE EM SITUAÇÃO PALIATIVA: IMPLICAÇÕES DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR NA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES FACE AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Tabela 2 - Relação entre a funcionalidade familiar e as dimensões satisfação dos familiares face aos cuidados de saúde

Funcionalidade Familiar	Disfuncional	Funcional	UMW	P
Satisfação face aos cuidados de saúde	OM	OM		
Informação	84.99	72.39	1739.500	0.122
Disponibilidade	88.11	71.37	1624.000	0.040
Cuidados físicos	89.38	70.96	1577.000	0.025
Cuidados psicossociais	90.38	70.63	1540.000	0.015
Índice global	90.49	70.59	1536.000	0.016

CONCLUSÕES

Os resultados permitiram-nos traçar um perfil sociodemográfico dos 150 familiares, participantes no presente estudo. Existe uma prevalência de mulheres, com idades iguais ou inferiores aos 26 anos, sendo os homens mais velhos (≥ 44 anos). Grande parte dos homens tem companhia, contrariamente às mulheres, cuja maioria não possuem companheiro. Predominam, no total da amostra, os participantes a residir em meio urbano, dos quais o valor mais expressivo foi o dos que pertencem ao distrito de Viseu.

Os participantes do sexo masculino mostram baixo nível de satisfação em relação aos cuidados prestados ao seu familiar, em oposição às mulheres. Os familiares com idade ≥ 44 anos estão mais satisfeitos em relação à informação e à disponibilidade.

Os familiares com alta funcionalidade familiar evidenciam um nível de satisfação mais elevado face aos cuidados de saúde.

Conclui-se que a idade e a funcionalidade familiar são preditoras para todas as dimensões da satisfação.

AGRADECIMENTOS

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

Agradecemos ao Professor Doutor João Duarte pelo tratamento estatístico e um agradecimento especial à participação dos estudantes, Débora Aguiar, Gonçalo Crisóstomo, Joana Morais, Maria Adriana Pinto, Pedro Mota e Raquel Antunes, do 24º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostinho, M.; Rebelo, L. (1988). *Família: do conceito aos meios de comunicação*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 5 (32). Pp.18-21, Lisboa.

Almeida, A.C.P. (2012). *A família em cuidados paliativos avaliação da satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos: contributo para a validação da escala FAMCARE*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Acedido em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6832>.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: Organização de serviços em cuidados paliativos. Recomendações da APCP (2012). Disponível em: http://www.ancp.pt/uplods/recomendacoes_organizacao_de_servicos.pdf.

Barbosa, A., & Neto, I.G. (Edit.) (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Lisboa.

Direcção Geral de Saúde (DGS) (2004) – *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Kristjanson LJ. *Validity and reliability testing of the FAMCARE Scale: measuring family satisfaction with advanced cancer care*. Social Science and Medicine 1993;36(5):693-701.

Luders, S. & Storani, M. (2010). *Demência: Impacto para a família e a sociedade*. S. Paulo. Editora Atheneu.

Moreira, I. (2011). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Lisboa: Formasau.

Neto, I.G. (2010). *Princípios e filosofia dos cuidados paliativos*. In A. Barbosa & I.G. Neto, (Edit.) Manual de Cuidados Paliativos (pp. 1-42). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Lisboa.

Pereira, M.G., & Lopes, C. (2012). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.

Smilkstein G, Ashworth C, Montano D (1982) *Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function*. Aug;15(2):303-11.

Simões, M. M. M. (2013). *CUIDAR EM HUMANIDADE Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados* Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/13913>

World Health Organization (WHO) (2002) – *Definition of Palliative Care*. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>.

CONSUMO DE SAL, AÇÚCAR, ERVAS/PLANTAS AROMÁTICAS E ESPECIARIAS
SALT CONSUMPTION, SUGAR, HERBS AND SPICES

Madalena Cunha^{1,2}
Rosa Martins¹
Suzana André¹
Carlos Albuquerque^{1,2}
Berta Cunha³
Dina Almeida¹
Mónica Silva¹
Raquel Gaspar¹
Sónia Fonseca¹
Estudantes 28^o CLE, ESSV, IPV¹

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

²CIEC, Universidade do Minho, Portugal

³HDC, CAFRE- Greemount College, DARD, Antrim, Northern Ireland

RESUMO**INTRODUÇÃO**

Atualmente o conhecimento científico acerca das propriedades terapêuticas das ervas/plantas aromáticas confirma os benefícios do seu consumo para a saúde, constituindo uma evidência da academia moderna o seu valor medicinal na prevenção de doenças. As ervas aromáticas e especiarias conferem sabor e cor aos alimentos e ganham cada vez mais notoriedade como condimento e tempero, sendo o seu uso recomendado como boa prática alimentar para substituir o sal.

OBJETIVO

Avaliar o consumo de sal, açúcar, ervas/plantas aromáticas e especiarias em cidadãos portugueses.

MÉTODOS

O estudo descritivo e transversal foi desenvolvido numa amostra de 508 participantes adultos (52,2% homens e 47,8% mulheres) com idades compreendidas entre os 18 e os 93 anos, (média de 44,48 anos \pm 21 DP), residentes na zona centro e norte de Portugal.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que:

- 49,4% (16,9% homens e 32,5% mulheres) dos participantes consumiam sal em valores superiores a 5g por dia; 28,3% consumiam \leq 5 g/Dia e 15,7% não adicionavam sal aos alimentos;
- a ingestão de açúcar era adequada em 92,9% inquiridos e 7,2 referiu ingeri-lo em excesso;
- as especiarias eram consumidas por 59,6% dos inquiridos, sendo a pimenta malagueta a mais consumida (39,8%).
- as ervas aromáticas eram consumidas por 73,6 % (69,4% dos homens e 78,2% das mulheres), sendo a salsa a mais consumida (57,3%);
- os locais preferidos para o cultivo de ervas aromáticas foram o quintal (39,2%) e o jardim (20,5%);

CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam existir um elevado número de participantes que adiciona sal na confeção dos alimentos o que denota elevado consumo de sal. Concomitantemente o consumo de ervas aromáticas e especiarias é também significativo. Com vista a prevenir os efeitos nefastos da ingestão desregulada de sal, como conhecimento confirmatório, os resultados denotam a necessidade de se intensificarem intervenções promotoras da educação alimentar e consequentes comportamentos alimentares saudáveis, assentes no bom uso da cozinha mediterrânica.

PALAVRAS-CHAVE

Hábitos dietéticos; Sal, Ervas/Plantas Aromáticas; Especiarias.

CONSUMO DE SAL, AÇÚCAR, ERVAS/PLANTAS AROMÁTICAS E ESPECIARIAS

ABSTRACT

INTRODUCTION

Currently the scientific knowledge on the therapeutic properties of herbs confirms the benefits of their consumption on health, providing evidence to the modern academy about its medicinal value in the prevention of diseases. Herbs and spices not only provide flavor and color to food but also they are increasingly gaining more notoriety as a condiment and a seasoning, being its use recommended as a good substitute for salt.

OBJECTIVES

To evaluate the consumption of salt, sugar, herbs and spices by Portuguese citizens.

METHODS

A cross-sectional descriptive study was conducted on a sample of 508 adult participants (52.2% men and 47.8% women) aged between 18 and 93 years old (mean 44.48 years \pm 21 SD), living in central and northern Portugal.

RESULTS

Results revealed that:

- 49.4% (16.9% men and 32.5% women) of people consumed salt in amounts greater than 5 g per day; 28.3% consumed \leq 5 g / day and 15.7% did not add any salt to food;
- The sugar intake was adequate in 92.9% of people but 7.2% admitted they ingested it too much;
- The spices were consumed by 59.6% of the interviewed people, with a preference on chillies (39.8%).
- Herbs were consumed by 73.6% (69.4% men and 78.2% women), with preference on parsley (57.3%);
- The favorite places to grow herbs were the yards (39.2%) and the gardens (20.5%);

CONCLUSIONS

The results show there is a high number of interviewed people that add salt to their food, denoting a high salt intake habit. Alongside to this fact, the consumption of herbs and spices is also growing.

In order to prevent the adverse effects of free salt intake, as positive studies confirmed, there is the need for further intervention on the subject, promoting food education and healthy eating habits, based on the good use of Mediterranean diet.

KEYWORDS

Food habits; Salt, Herbs; Spices.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o cidadão determina aquilo que vai comer perante determinados aspetos tão variados como questões sociais, económicas, tecnológicas, de literacia e de cariz comercial que são responsáveis pelas escolhas alimentares em alguns sectores da população. Por estarem particularmente vulneráveis à adoção de novos padrões de consumo, essencialmente devido à necessidade de realizar refeições fora de casa e à desorganização da vida familiar surge a adoção de novos hábitos alimentares (Luís, 2010). Estes frequentemente integram o uso de produtos pré-cozinhados que comportam elevado teor de sal, gorduras, açúcar e aromatizantes sintéticos, em detrimento do uso de alimentos frescos, onde se incluem as ervas aromáticas.

As ervas aromáticas e especiarias têm sido utilizadas pelo ser humano como condimento, tempero, corante e conservante. Pelo facto de conferirem cor e sabores aos alimentos, em algumas ervas e especiarias tem sido considerado o seu valor medicinal. Estas têm sido utilizadas em sistemas culturais

promotores da medicina popular e de forma moderada nas terapias complementares (Cunha, 2013).

As ervas aromáticas são plantas com folhas que detêm substâncias aromáticas sendo maioritariamente usadas frescas contrariamente às especiarias que são usadas secas ou em pó (Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde, 2011 [DGS]).

As ervas aromáticas mais utilizadas em Portugal são a salsa, a hortelã, o alecrim, os coentros, o louro, o manjeriço, os orégãos e o tomilho (Cunha, 2013). A incorporação de ervas e especiarias tem um valor preventivo no estado de saúde e longevidade no adulto, não só pelas características que lhe são inerentes, mas também pelas propriedades antioxidantes e antimicrobianas (UNIDO & FAO, 2005; Mann, 2010; DGS, 2013).

A adição de ervas aromáticas e especiarias na confeção dos alimentos reduz a necessidade do aporte de sal e açúcar para a obtenção de sabores agradáveis aos diferentes pratos alimentícios pelo que o seu uso é recomendado por organismos científicos nacionais e internacionais (DGS, 2013).

CONSUMO DE SAL, AÇÚCAR, ERVAS/PLANTAS AROMÁTICAS E ESPECIARIAS

O sal é um ingrediente, um condimento e um nutriente, desempenhando um papel fulcral na alimentação humana. No entanto, o seu uso em excesso está associado ao aumento da hipertensão arterial, um problema de saúde pública (Albuquerque, Oliveira, Costa, 2016).

Sal é um termo comumente utilizado para designar cloreto de sódio (5 g de sal equivalem a 2 g de sódio) (Graça, 2013, p.3). A quantidade diária de sódio não deve exceder as 5g e dado que a maioria dos alimentos contém sódio, a adição do mesmo na confeção de alimentos não deve ser superior a 2g. DGS, 2013). Por outro lado, a dose de açúcar ingerida não deve ser superior a 10% das calorias ingeridas diariamente, sendo o ideal que não se consuma mais de 5% (DGS, 2011).

A evidência sobre a ingestão de sal pelos portugueses, produzida por Polónia et al (2006), revelou que a ingestão média era de 12,9 g sal/dia. Por sua vez, Polónia, Martins, Pinto e Nazaré (2014), através de um método bioquímico de excreção urinária de 24 horas para o cloreto de sódio foi realizada em 2012 e apresentada em 2013 através do estudo PHYSA – Portuguese Hypertension and Salt Study promovido pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão em que se avaliaram 3720 cidadãos representativos da população adulta vivendo em Portugal continental em 2012, mostraram que a excreção urinária a 24 horas revelou uma ingestão média de 10,7 g sal/dia, sendo 10,8 g (Dp 66,12) sal/dia nos homens (n=1234) e de 10,6 g (Dp 63,32) sal/dia nas mulheres (n= 1334). Estes valores revelaram uma descida muito importante em Portugal Contudo os valores ainda se situam acima das recomendações (Graça, 2013, p.12).

Existe ainda lacuna de conhecimento inerente à não realização de estudos que permitam conhecer os hábitos da população portuguesa face ao consumo de sal e açúcar e os riscos para a saúde. A evidência disponível aponta contudo tendências e identificou a associação entre o consumo de sal e hipertensão arterial em cidadãos portugueses, razão pela qual, a DGS de Portugal preconiza que se devem consumir ervas aromáticas como estratégia de resolução deste problema de saúde pública (DGS, 2013). Estes pressupostos, suportam a realização do presente estudo cuja finalidade visou recolher informação sobre os hábitos de consumo de sal, açúcar, ervas/plantas aromáticas e especiarias entre os portugueses.

MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

O estudo descritivo e transversal foi desenvolvido numa amostra de 508 participantes (52,2% homens e 47,8% mulheres) com idades compreendidas entre os 18 e os 93 anos, (média de 44.48 anos \pm 21 DP), residentes na zona centro e norte de Portugal.

OBJETIVO

Avaliar o consumo de sal, açúcar, ervas/plantas aromáticas e especiarias em cidadãos portugueses.

PARTICIPANTES

A amostra não probabilística por conveniência integrou 508 portugueses, (265 do sexo masculino e 243 do sexo feminino), que aceitaram voluntariamente participar no estudo. Maioritariamente possuíam ensino secundário completo (41,93%) auferiam de um rendimento mensal para o agregado familiar entre os 500 e 800€ (34,45%) e ocupavam o estrato social de nível intermédio/nível 5 (28,74%).

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A recolha de dados foi suportada no Questionário de Frequência Alimentar de Cunha (2014), onde era registado a quantidade (em grama), de sal e de açúcar consumida diariamente pelos participantes. Para a sua avaliação, cada participante colocava numa balança aferida a quantidade de sal e de açúcar que assumia consumir/adicionar aos alimentos diariamente.

Foram estudadas variáveis como consumo de sal, açúcar, ervas aromáticas e de especiarias. Na tabela 1 apresenta-se a sua operacionalização.

Tabela 1 – Indicadores de referência relativos ao consumo de sal, açúcar, especiarias e ervas/plantas aromáticas

Consumo de Sal, Açúcar, Especiarias e Ervas/Plantas Aromáticas	Indicadores de referência							
Consumo de Sal	<p>A avaliação da quantidade de sal utilizada na confeção dos alimentos foi efetuada requisitando aos participantes que colocassem numa balança a quantidade de sal que usualmente colocam nos alimentos. Para a sua análise foram usados os pontos de corte definidos pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2013).</p> <p>≤5g – quantidade recomendada >5g – quantidade excessiva</p>							
Consumo de Açúcar	<p>A avaliação da quantidade de açúcar consumida diariamente foi efetuada requisitando aos participantes que colocassem numa balança a quantidade que usualmente adicionam aos alimentos.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Homem</th> <th>Mulher</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 36g (5 colheres de chá)</td> <td>≤ 20g (5 colheres de chá)</td> </tr> <tr> <td>> 36g</td> <td>> 20g</td> </tr> </tbody> </table>		Homem	Mulher	≤ 36g (5 colheres de chá)	≤ 20g (5 colheres de chá)	> 36g	> 20g
Homem	Mulher							
≤ 36g (5 colheres de chá)	≤ 20g (5 colheres de chá)							
> 36g	> 20g							
Consumo de Ervas/Plantas Aromáticas	<p>A análise do consumo de ervas/plantas aromáticas foi realizada com base numa lista incluída no questionário, onde cada participante assinalou se consumia e a quantidade que consumia de cada erva enunciada. Foram incluídas as ervas selecionadas pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2013) e mais consumidas pela cultura portuguesa.</p>							
Consumo de Especiarias	<p>A análise do consumo de Especiarias foi realizada com base numa lista incluída no questionário, onde cada participante assinalou se consumia e a quantidade que consumia de cada especiaria enunciada. Foram incluídas as especiarias sugeridas pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2013) e mais consumidas pela cultura portuguesa.</p> <p>No tratamento estatístico procedeu-se ao agrupamento das quantidades consumidas por ramos, contribuindo para isso o conhecimento do chefe de cozinha Luís Carlos Sousa.</p>							

CONSUMO DE SAL, AÇÚCAR, ERVAS/PLANTAS AROMÁTICAS E ESPECIARIAS

PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS, FORMAIS E ESTATÍSTICOS

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu.

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 SPSS -Statistical Package for Social Sciences (Version 21.0 for windows).

RESULTADOS

CONSUMO DE SAL, AÇÚCAR, ESPECIARIAS E ERVAS/PLANTAS AROMÁTICAS

Dos resultados sobre os hábitos de consumo de sal, açúcar, especiarias e ervas/plantas aromáticas pelos participantes, pode inferir-se que existe um percentual significativo de portugueses cujo consumo de sal é superior a 5 g diárias (49,4%) existindo diferenças significativas entre os sexos ($p=0,000$). No consumo inferior ou igual a 5g/dia, constatamos que as diferenças significativas estão localizadas no sexo masculino (Resíduos ajustados=2,9). No consumo superior a 5 g por dia existem diferenças significativas no sexo feminino (Resíduos ajustados=8,0).

Quanto ao consumo de açúcar, os participantes relatam optar por um consumo adequado, sendo que apenas 7,1% refere consumir açúcar em excesso, não havendo diferenças significativas face ao género ($p=0,939$).

As ervas aromáticas são utilizadas por 73,6 % dos entrevistados sendo 37,40% mulheres e 36,22% homens, existindo diferenças significativas ($p=0,025$) que se localizam no sexo feminino que consomem ervas aromáticas (Resíduos ajustados=2,2) e no sexo masculino que não consomem (Resíduos ajustados=2,2).

O consumo de especiarias é prevalente em 59,6% dos participantes sendo as mulheres quem mais consomem (30,70%). Existem diferenças significativas ($p=0,045$) localizadas no sexo feminino que consome especiarias (Resíduos ajustados=2,0) e no sexo masculino que não consomem (Resíduos ajustados=2,0). (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Consumo de Sal, Açúcar, Especiarias e Ervas Aromáticas
Consumo de Sal,

Açúcar, Especiarias e Ervas Aromáticas	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	Masc	Fem		
Consumo Sal (Sódio)/ Pessoa (g)										
≤ 5 g/Dia	90	17,7	54	10,6	144	28,3	2,9	-2,9	74,737	0,000
> 5 g/Dia	86	16,9	165	32,6	251	49,4	-8,0	8,0		
Não adiciona Sal										
na confeção dos alimentos	58	11,4	22	4,3	80	15,7	4,0	-4,0		
Não Cozinha	31	6,1	2	0,4	33	6,5	5,0	-5,0		
TOTAL	265	52,1	243	47,9	508	100				
Consumo Açúcar/ Dia (g)										
Consumo Adequado	246	48,43	226	44,49	472	92,9	-0,1	0,1		
≤ 20 g/dia Mulher									0,006	0,939
≤ 36 g/dia Homem										
Consumo Excessivo	19	3,74	17	3,34	36	7,1	0,1	-0,1		
> 20 g/dia Mulher										
> 36 g/dia Homem										
TOTAL	265	52,17	243	47,83	508	100				
Consumo Ervas/ Plantas Aromáticas									5,004	0,025
Sim	184	36,23	190	37,40	374	73,6	-2,2	2,2		
Não	81	15,94	53	10,43	134	26,4	2,2	-2,2		
TOTAL	265	52,17	243	47,83	508	100				
Consumo Especiarias									4,010	0,045
Sim	147	28,94	156	30,71	303	59,6	-2,0	2,0		
Não	118	23,22	87	17,13	205	40,4	2,0	-2,0		
TOTAL	265	52,16	243	47,84	508	100				

UTILIZAÇÃO DE ERVAS AROMÁTICAS/PLANTAS E ESPECIARIAS NA CONFEÇÃO DOS ALIMENTOS

As ervas/plantas aromáticas mais utilizadas foram a salsa (57,3%; 27,55% homens e 29,72%mulheres), e o louro (54,9%; 25,79% homens e 29,13% mulheres). As menos utilizadas foram o cebolinho (0,4%) e a carqueja (0,2%).

Quanto às especiarias podemos inferir que as mais utilizadas foram a pimenta malagueta (39,8%; 18,5% homens e 21,6% mulheres) e a canela (39,6%; 18,3% homens e 21,6% mulheres). As menos usadas foram a noz-moscada (0,2%) e o açafreão (0,2%).

CONSUMO DE SAL, AÇÚCAR, ERVAS/PLANTAS AROMÁTICAS E ESPECIARIAS

Tabela 3 – Adição de ervas aromáticas e especiarias na confeção dos alimentos

Utilização de ervas/ plantas aromáticas e especiarias	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de Ervas Aromáticas						
Salsa	140	27,55	151	29,72	291	57,3
Louro	131	25,79	148	29,13	279	54,9
Coentros	81	15,94	80	15,74	161	31,7
Oregão	72	14,17	72	14,17	144	28,3
Hortelã	60	11,81	42	8,27	102	20,1
Alecrim	32	6,3	20	3,94	52	10,2
Manjerição	19	3,74	9	1,77	28	5,5
Tomilho	14	2,76	9	1,77	23	4,5
Cebolinho	1	0,2	1	0,2	2	0,4
Carqueja	-	-	1	0,2	1	0,2
Consumo de Especiarias						
Pimenta Malagueta	94	18,50	108	21,26	202	39,8
Canela	93	18,30	108	21,26	201	39,6
Pimentão	79	15,55	88	17,32	167	32,9
Mostarda	46	9,06	19	3,74	65	12,8
Baunilha	17	3,35	15	2,95	32	6,3
Gengibre	13	2,56	8	1,57	21	4,1
Pimenta do Reino	8	1,57	11	2,17	19	3,7
Cravo-da-india	6	1,18	4	0,8	10	2,0
Alho moído	1	0,2	3	0,6	4	0,8
Noz-moscada	-	-	1	0,2	1	0,2
Açafrão	1	0,2	-	-	1	0,2

CULTIVO DE ERVAS/PLANTAS AROMÁTICAS

Estudou-se também o cultivo de ervas/plantas aromáticas pelos participantes, apurando-se que a maioria (53,5%) assume cultivá-las, não havendo diferenças significativas entre os sexos, (mulheres = 27,5%; homens = 25,9%).

Das pessoas que referem cultivar ervas aromáticas, 39,2% afirmam cultivá-las no quintal, sendo este o local preferido para o efeito, seguido do jardim (20,5%), do campo (17,9%) e por último em vasos na janela (10,6%) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Cultivo de ervas/plantas aromáticas

Cultivo de ervas/plantas aromáticas	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	n	%	n	%	n	%	Masc	Fem
Sim	132	25,9	140	27,5	272	53,4	-1,8	1,8
Não	133	26,1	103	20,2	236	46,3	1,8	-1,8
TOTAL	265	52,0	243	47,7	508	100		
Local de cultivo das ervas / plantas aromáticas	Masculino		Feminino		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Na Janela	24	4,72	30	5,90	54	10,6		
No Jardim	60	11,8	44	8,66	104	20,5		
No Quintal	104	20,5	95	18,7	199	39,2		
No Campo	53	10,4	38	7,48	91	17,9		

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Apesar das recomendações da DGS de Portugal relativas à boa prática alimentar alertarem para a necessidade de reduzir o consumo de sódio a 5g por dia, não devendo a adição na confeção de alimentos exceder as 2g, verificou-se um elevado percentual (49,4%) de participantes que consomem mais de 5g de sódio/dia. Os resultados vão de encontro ao estudo realizado por Albuquerque, Oliveira, Costa (2016), em que 13% dos inquiridos assumiu não se preocupar com a quantidade de sal presente nos alimentos e 10% referiu que durante as refeições adicionava sal aos alimentos.

São ainda concordantes com os estudos realizados por Polonia, Martins, Pinto e Nazaré (2014), numa amostra de 3720 cidadãos representativos da população adulta residente em Portugal continental em 2012, em que se apurou existir uma ingestão média de sal de 10,7g/dia e o de Polónia et al (2006) que ao avaliarem 426 indivíduos encontraram uma média correspondente a um consumo diário de sal de 12,9g. Estudos atuais mostram também que o consumo de sal é ainda elevado, sendo quase o dobro das recomendações da OMS. (WHO,2013; Albuquerque, Oliveira, Costa, 2016).

As recomendações sobre o consumo de açúcar referem que o mesmo não deve exceder os 10% das calorias ingeridas diariamente, o que é cumprido pela maioria dos participantes estudados (92,9%).

Na amostra estudada 59,6% consumia especiarias e 73,6% consumia ervas aromáticas. Estes resultados são similares aos do estudo de Albuquerque, Oliveira e Costa (2016), quando referem que mais de 70% dos inquiridos reconhece que a adição de ervas aromáticas, frescas e secas, e de especiarias são medidas a implementar para diminuir o teor de sal adicionado na preparação das refeições.

LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES

O caráter transversal do presente estudo de natureza exploratória, limita em certa medida a sua interpretação quanto às inferências. O procedimento de avaliação dos consumos prévio à sua ingestão, a partir de medidas simples como a pesagem da quantidade de sal e de açúcar em grama, pode ser considerado como uma limitação. As Conclusões podem não ser totalmente aplicáveis em participantes que não cozinham os seus alimentos. No entanto este estudo, aporta como pontos fortes ter permitido simultaneamente desenvolver investigação e educação sobre a redução do consumo de sal e açúcar e a sua substituição por ervas /plantas aromáticas numa amostra de 508 portugueses entre os 18 e os 93 anos. Permitiu ainda a um elevado número de participantes consciencializar-se da quantidade excessiva de sal e açúcar por si consumida, em oposição à dose ideal recomendada para que estes ingredientes não sejam nefastos para a saúde.

Como implicações práticas as inferências geradas mostram

CONSUMO DE SAL, AÇÚCAR, ERVAS/PLANTAS AROMÁTICAS E ESPECIARIAS

existir um percentual significativo de pessoas que adiciona sal na confeção dos alimentos, denotando no geral, elevado consumo de sal. Assim, com vista a prevenir os efeitos nefastos da ingestão desregulada de sal e açúcar, do conhecimento confirmatório produzido emerge a necessidade de se implementarem programas orientados para a educação alimentar dos portugueses em particular das crianças e adolescentes de hoje, adultos do amanhã, de forma a se intensificarem ações promotoras de intervenções educativas e terapêuticas mais efetivas.

AGRADECIMENTOS

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

Os autores agradecem ainda a colaboração dos estudantes Ana Branco, Carlos Gomes, Érica Lopes, Márcia Augusto, Paulo Lopes, Pedro Ferreira e Tânia Brito do 28º CLE, ESSV/IPV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, T.G.; Oliveira, M. B.P.P., Costa, H. S. (2016). *Consumo de sal e efeitos na saúde na percepção do consumidor: resultados preliminares*, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Boletim Epidemiológico, nº 15, 2ª série, pp. 9-11. Acedido em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3695/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N15_2016_artigo3.pdf

Cunha, M. (2013). *Desenvolvimento da Inteligência Nutricional. Ervas Aromáticas e Saúde*. In C. M. S. Albuquerque, org., Manual de boas práticas: consulta de vigilância de saúde infantil (pp86-101). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV. Acedido em http://2011.congresso-misij.com/manual_obesidade.pdf

Luis, L. (2010). *Literacia em Saúde e Alimentação Saudável: os novos produtos e a escolha dos alimentos*. Acedido em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4264/1/RUN%20-20Tese%20de%20Doutoramento%20-20Luis%20Francisco%20Soares%20Luis.pdf>

Mann, A. (2011). *Biopotency role of culinary spices and herbs and their chemical constituents in health and commonly used spices in Nigerian dishes and snacks*. African Journal of Food Science, 5(3), 111-124. Acedido em http://academicjournals.org/article/article1379514415_Mann.pdf

Polónia, J.; Maldonado, J.; Ramos, R.; Bertoquini, S.; Duro, M.; Almeida, C.; Ferreira, J.; Barbosa, L.; Silva, J.A.; Martins, L. (2006). *Estimation of salt intake by urinary sodium excretion in a Portuguese adult population and its relationship to arterial stiffness*. Rev Port Cardiol. 2006 Sep;25 (9):801-17.

Polonia 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 PHISA study. J Hypertens. 2014 Jun; 32(6):1211-21. doi: 10.1097/HJH.000000000000162. Acedido em http://www.sphta.org.pt/files/physastudy_20150506_2.pdf

Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. (DGS) (2011). *Ervas aromáticas e similares*. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=24482>

Graça, P. (2013). *Relatório Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal*. In Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS). (2013).

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (DGS). (2013). *Utilização de ervas aromáticas e similares para a redução do consumo de sal: Uma estratégia da Direção-Geral da Saúde para um estilo de vida saudável*. Comunicado do Diretor-Geral da Saúde. NÚMERO: C58.01.v1 DATA: 21/06/2013 Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=24478>

United Nations Industrial Development Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations. (UNIDO & FAO) (2005). *Herbs, spices and essential oils: Post-harvest operations in developing countries*. Vienna, Austria: UNIDO and FAO. Acedido em http://www.unido.org/fileadmin/user_media/Publications/Pub_free/Herbs_spices_and_essential_oils.pdf [12]

World Health Organization. *Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region.pdf

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL
FRAMEWORK FOR HEALTH CARE FOR THE ELDERLY IN A RURAL CONTEXT

Emília Sarmiento¹
Maria Monteiro²
Daniel Serrão¹

¹Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética

²Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro, Escola Superior de Enfermagem, Vila Real

¹(Jubilado da Faculdade de Medicina do Porto) Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética

RESUMO**INTRODUÇÃO**

Os cuidados de saúde a idosos em contexto rural constituem um tema pertinente e atual, devido às alterações demográficas, configurando uma população envelhecida e só. É neste enquadramento que se analisa a saúde tendo em conta a autonomia, a justiça e equidade, numa estreita ligação do homem com seu contexto.

OBJETIVO

Torna-se, portanto, necessário um conhecimento mais aprofundado dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural orientado pelos seguintes objetivos:

- (i) apresentar o retrato sociodemográfico da população idosa;
- (ii) caracterizar sumariamente o estado de saúde do idoso;
- (iii) avaliar a perceção da qualidade de vida do idoso.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional, utilizando a escala de perceção da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), numa amostra de 339 participantes idosos residentes em freguesias rurais de um concelho do interior norte do país.

RESULTADOS

Dos resultados constata-se uma amostra maioritariamente feminina, casada (55,5%), que vive só (41,3%) e com baixo grau de instrução (60,2%). Predominam as doenças osteoarticulares (75,2%), e 87,3% toma medicação, mais de 5 fármacos, predominando o grupo farmacológico dos cardiovasculares (92,4%) e analgésicos (91,8%). Os idosos percecionam a qualidade de vida como boa, sendo superior nos homens (58,2%), e o sexo feminino evidencia mais sentimentos de solidão e pior perceção de qualidade de vida.

CONCLUSÕES

Torna-se imperativo redimensionar a práxis dos profissionais de saúde na implementação de programas e ações concretas que tomem em consideração noções de literacia e acessibilidade em saúde e modelos de ação mais intersetoriais e (co) participativos.

PALAVRAS-CHAVE

Ruralidade, Idosos, Qualidade de vida.

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

ABSTRACT

INTRODUCTION

Health care of elderly people in the rural context constitutes a relevant and current topic due to demographic change, setting an aging and lonely population. It's in this framework, which analyzes the health caring into account of the autonomy, justice and equity, on a narrow connection with the environment.

OBJECTIVES

It is therefore necessary to further our knowledge of health care for the elderly in rural context guided by the following objectives:

- (i) present the socio-demographic portrait of the elderly;
- (ii) briefly describe the health status of the elderly;
- (iii) to assess the perception of the elderly's quality of life.

METHODS

This is a descriptive and correlational study, using the perception of the scale of quality of life (WHOQOL-Bref) and Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), a sample of 339 elderly living in rural villages.

RESULTS

The results show mostly a female sample, married (55.5%), living alone (41.3%) with a low level of education (60.2%). We witness the predominance of Osteoarticular disorder (75.2%), and 87.3% of our sample take medication, more than 5 drugs, predominantly the pharmacological class of cardiovascular (92.4%) and analgesics (91.8%).

Older people perceive the quality of life as good, being higher in men (58.2%), and the female shows more feelings of loneliness and worse perception of quality of life.

CONCLUSIONS

It is imperative reshape the practice of healthcare professionals in implementing concrete programs and actions that take into account notions of literacy and accessibility in health and intersectional action models and (co) participating.

KEYWORDS

Rurality, Elderly, Quality of Life.

INTRODUÇÃO

Segundo o Censos de 2011¹ a taxa da população com 65 ou mais anos ronda os 19,1%. Constitui um enorme ganho de saúde em Portugal e tem conduzido ao aumento de pessoas idosas na nossa sociedade. De facto, o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que, por cada 100 jovens, Portugal tem hoje 129 idosos. A agravar este quadro, as previsões demográficas indicam que Portugal será, em 2050, um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos (32%)¹.

É reconhecida a importância da prestação de cuidados ao idoso, de preferência, no seio familiar, mas, hoje em dia, as famílias deparam-se com uma variedade de transformações sociais complexas e problemáticas que provocam dificuldades na prestação de cuidados sistemáticos ao idoso². Esta temática não é recente, pois já foi objeto de reflexão por diversos autores^{2,3,4}. Num contexto de depressão e envelhecimento demográfico, é importante disponibilizar às entidades e profissionais um perfil de saúde, com dados concretos para a elaboração de estratégias que visem a promoção de cuidados em contexto rural, numa lógica de proximidade no sentido de: (i) potenciar os laços intergeracionais; (ii) promover a articulação entre os serviços de saúde e sociais, numa lógica de confiança e complementaridade; (iii) garantir valores e equidade de recursos. Nesta perspetiva, é

possível conjugar as dimensões estruturantes para assegurar a qualidade de vida (QV) que se impõe como uma interpretação de âmbito multidisciplinar e multidimensional^{5,6,7}. Neste sentido, pode revestir-se de um forte condicionalismo cultural que, no limite, reconhece que cada ser humano pode construir um conceito próprio de QV.

O presente estudo desenvolve-se na população idosa residente em contexto rural num concelho do interior norte de Portugal, e orienta-se pelos seguintes objetivos: (i) apresentar o retrato sociodemográfico da população idosa; (ii) caracterizar sumariamente o estado de saúde do idoso; (iii) avaliar a perceção da QV do idoso.

A escolha deste tema tem como motivação o contributo para o debate sobre a problemática da justiça distributiva, da equidade e da acessibilidade na perspetiva dos idosos, tendo em conta a interpretação pessoal de QV.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Portugal, de acordo com o Censos de 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa de 19,15%, uma população jovem de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Em 2050, prevê-se que se acentue a tendência de involução da pirâmide

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos¹. Nas regiões do interior norte, essa evidência é muito significativa devido ao êxodo da população ativa para as grandes cidades, situação que se agravou em 28%, nos últimos anos, como se pode visualizar na Figura 1.

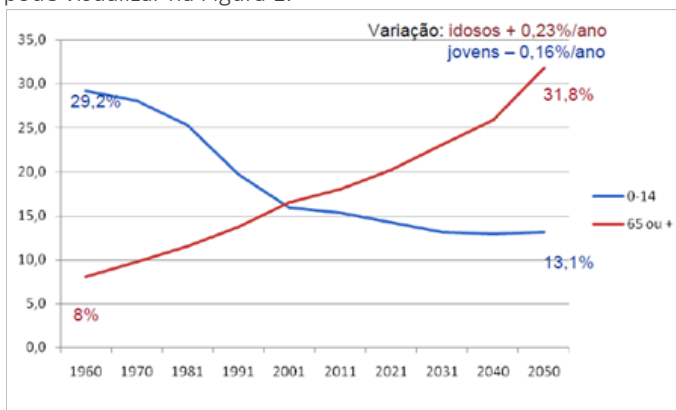


Figura 1. Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população (%), Portugal, 1960-2050³⁴

Apesar do aumento contínuo da esperança média de vida, persistem as diferenças socioeconómicas na mortalidade e morbilidade, com evidências de que a magnitude dessas diferenças é crescente^{8,9,10}.

A definição do estado de saúde de um indivíduo não é um conceito bem definido, no entanto, é seguro afirmar que depende da interação multidimensional de vários fatores¹¹. Cada fator pode ser analisado individualmente, no entanto, só por si é insuficiente para descrever a sua influência no estado de saúde subjetivo do indivíduo.

A análise dos seus determinantes poderá contribuir para a minimização das desigualdades em saúde, para subsidiar a elaboração de políticas e de programas, ao considerar-se necessário monitorizar os fatores que condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde. Intrinsecamente relacionado está o conceito de QV.

Na década de noventa, verificou-se consenso entre os investigadores relativamente a aspetos conceptuais da QV, como um fenómeno multidimensional, subjetivo e multifatorial, isto é: (i) integra domínios relacionados com o bem-estar, relações interpessoais e felicidade; (ii) contém várias dimensões que se relacionam e influenciam entre si¹²; (iii) integra fatores externos relacionados com a interação com o ambiente, e fatores internos como os valores culturais, a atividade intelectual, a autoestima, a experiência de vida e a religiosidade^{13,14}; (iv) apresenta-se como um conceito dinâmico, que se altera ao longo da vida em função das experiências e acontecimentos. Em suma, caracteriza-se por uma grande variabilidade intra e inter-sujeitos, que se baseia na perceção individual, ou seja, tem significado diferente para pessoas diferentes^{12,15}.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo, a variável dependente é a qualidade de vida percebida pelos idosos residentes em freguesias rurais de um concelho do interior norte do país (Vila Real). Em função dos objetivos delineados, o estudo é de tipo exploratório, descritivo e analítico.

Por questões de operacionalidade, foram considerados como critérios de inclusão, ser residente numa das 15 freguesias rurais do concelho, com 20% ou mais de população com idade ≥ 65 anos e aceitar participar no estudo.

Foi critério de exclusão de participação no estudo, os idosos que, através do Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975¹⁶; versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994¹⁷), apresentassem deterioração cognitiva severa, ou seja, pontuação total, igual ou inferior a 15 pontos, como também os que não cedessem o seu consentimento para a realização do questionário ou cuja situação de saúde não permitisse participar por impossibilidade de comunicação verbal/escrita.

A amostra é constituída por 339 participantes idosos de ambos os sexos de idosos residentes em freguesias rurais.

Dada a natureza da problemática em estudo, optou-se por utilizar como instrumento de recolha de dados um questionário, que integra variáveis de natureza quantitativa, e do qual consta: caracterização sociodemográfica, escala de perceção da QV - WHOQOL-Bref¹⁸, versão portuguesa¹⁹, e Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)²⁰.

Os dados foram analisados com o Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 20,0 for Windows, e apresentam-se em tabelas.

Previamente e durante a realização do estudo foram assegurados todos os procedimentos éticos, no que concerne à autorização para realização do estudo e consentimento informado dos participantes.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Quanto às principais características sociodemográficas dos participantes, 60,5% da amostra é do sexo feminino, 39,2% tem entre 65 e 70 anos, sendo seguidos de perto, com 23,3%, pelos idosos que têm entre 77 e 82 anos. Quanto ao estado civil, 55,5% estão casados e 34,5% são viúvos.

A maioria dos idosos (87,0%) tem baixo nível de instrução, sendo que 26,8% não tem qualquer grau académico e 60,2% completou apenas o ensino básico. A pensão de reforma é para 90,9% o principal meio de subsistência.

Quanto à avaliação multidimensional da adaptação ao processo de envelhecimento, a representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo e cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca, pelo que a saúde é reflexo de um processo dinâmico e contínuo. Os dados relativos aos problemas de saúde referidos pelos idosos, nos últimos seis meses, apresentam-se na Tabela 1.

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

Tabela 1 - Problemas de saúde, nos últimos seis meses, referidos pelos idosos

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Dores de costas, joelhos, ancas ou outra articulação	255	75,2	84	24,8
Problemas de coração, dores no peito durante a realização de exercício físico	93	27,4	246	72,6
Dificuldade em respirar	90	26,5	249	73,5
Tosse persistente	60	17,7	279	82,3
Pernas inchadas em edemas	141	41,6	198	58,4
Dificuldade em dormir	158	46,6	181	53,4
Quedas	90	26,5	249	73,5
Medo de cair	143	42,2	196	57,8
Tonturas, desmaios ou desfalecimento	81	23,9	258	76,1
Problemas de estômago ou intestino	102	30,1	237	69,9
Incontinência ou perda involuntária de urina	79	23,3	260	76,7
Fadiga	166	49,0	173	51,0
Nenhuma	46	13,6	293	86,4
Outros sintomas que não foram mencionados	25	7,4	314	92,6

Quando questionados sobre quais os problemas de saúde que mais os incomodava, foram mencionados como mais relevantes: dor de costas, joelhos, ancas ou outras articulações (75,2%), fadiga (49,0%), dificuldades em dormir (46,6%), medo de cair (42,2%) e pernas inchadas e edemas (41,6%).

O acréscimo da prevalência de doenças crônicas, como resultado de uma maior longevidade e de uma maior procura de cuidados de saúde tem aumentado exponencialmente a utilização de fármacos como se pode analisar na Tabela 2.

Tabela 2 - Consumo semanal de medicamentos referido pelos idosos

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Medicamentos para o colesterol elevado	148	43,7	191	56,3
Medicamentos para a tensão arterial elevada	186	54,9	153	45,1
Medicamentos para doenças coronárias ou cerebrovasculares	63	18,6	276	81,4
Medicamentos para outras doenças do coração	64	18,9	276	81,4
Medicamentos para a asma	18	5,3	321	94,7
Medicamentos para a diabetes	89	26,3	250	73,7
Medicamentos para as dores ou inflamação das articulações	168	49,6	171	50,4
Medicamentos para outras dores (p.ex: dor de cabeça, dores de costas...)	143	42,2	196	57,8
Medicamentos para a dificuldade de dormir	119	35,1	220	64,9
Medicamentos para a ansiedade ou depressão	61	18,0	278	82,0
Medicamentos hormonais para a osteoporose	61	18,0	278	82,0
Medicamentos para a sensação de estômago a queimar	83	24,5	256	75,5
Medicamentos para a bronquite crónica	25	7,4	314	92,6
Nenhum medicamento	43	12,7	296	87,3

No que se refere ao consumo de medicamentos, verificou-se que 54,9% refere tomar medicamentos para a controlo da tensão arterial, 91,8% toma medicação para as dores, 43,7% toma medicamentos para o colesterol e 35,1% relata tomar medicação indutora do sono. Embora com valor percentual

mais reduzido é de salientar que 18,0% toma medicação para a ansiedade ou depressão. Apenas 12,7% dos idosos refere não tomar qualquer medicação.

No que respeita à avaliação da percepção sobre a qualidade de vida, é de realçar que 51,4% dos homens e 63,0% das mulheres têm uma percepção negativa da qualidade de vida global. Quando confrontados com a pergunta sobre o grau de satisfação com a sua saúde, 72,2% das mulheres percecionam de forma pouco positiva a sua saúde, comparativamente aos homens (58,2%). Para melhor compreensão da realidade percecionada pelos idosos residentes em contexto rural, verifica-se que a qualidade de vida diminui à medida que aumentam os gastos com os medicamentos e consultas médicas.

A solidão é uma realidade frequentemente abordada na literatura sobre o envelhecimento e, de modo particular na promoção do envelhecimento ativo, e neste sentido pretende-se conhecer a relação entre vivência de sentimentos de solidão e o sexo bem como com a percepção da QV (tabela 3 e 4).

Tabela 3 - Correlação entre os sentimentos de solidão e o sexo

	Masculino		Feminino	
	n	Média Ordens	n	Média Ordens
Valores da escala	134	189,85	205	157,02

U=11074,500; W=32189,500; p=0,001

Constata-se que a média de ordem relativa à questão “com que frequência diria que se sentiu sem companhia” (SHARE), e sendo que quanto maior a sua pontuação menor é o sentimento de solidão, são as mulheres que apresentam mais sentimentos de solidão comparativamente aos homens (p=0,001).

É consensual aceitar-se que a percepção da QV, apesar de ser determinada pelo contexto cultural e social é um importante indicador de saúde e bem-estar.

Tabela 4 - Percepção da QV em todos os domínios e sentimentos de solidão

QV/ Sentimentos de solidão	Correlação (p)	p
QV Global	0,372**	0,000
Domínio Físico	0,349**	0,000
Domínio Psicológico	0,405**	0,000
Domínio Social	0,347**	0,000
Domínio Ambiental	0,339**	0,000

Relativamente à QV, verificou-se que existe significância estatística para a relação entre os diferentes domínios da qualidade de vida e os sentimentos de solidão, ou seja, a correlação positiva evidencia que, à medida que aumenta a QV, diminuem os sentimentos de solidão.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos resultados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes é de sublinhar o predomínio do sexo feminino, o baixo nível de instrução e a pensão de reforma (inferior a

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

500 euros) constituir a principal fonte de rendimento, que se confirma na literatura existente^{1, 21, 22}. Este retrato social acentua as desigualdades sociais, os problemas de saúde e compromete a acessibilidade aos cuidados de saúde desta população.

Constata-se que a perceção do modelo existente para a assistência aos idosos não se adequa à satisfação das suas necessidades em saúde, uma vez que, apesar de recorrerem com maior frequência aos cuidados de saúde, continuam a persistir as suas queixas, nomeadamente a nível do sistema osteoarticular e cardíaco. Sendo a maioria dos problemas identificados de carácter crónico, é importante assegurar mecanismos de gestão das doenças crónicas, que apesar das limitações instaladas, não devem comprometer os direitos de participar numa verdadeira cidadania.

Relativamente aos dados apresentados, verifica-se que os idosos consomem cada vez mais os recursos do sistema de saúde, situação que não se tem revertido em melhoria percecionada pelos próprios relativamente aos seus problemas de saúde, de que é exemplo o consumo de medicamentos, acrescido das adversidades da polimedicação.

Estudos efetuados mostram que a percentagem de pessoas com reações adversas aumenta aproximadamente 10%, quando o utente toma apenas um fármaco e para quase 100% quando são utilizados dez medicamentos²³, e a incidência das reações farmacodinâmicas e farmacocinéticas aumenta proporcionalmente com a idade²⁴. Os fármacos mais consumidos são os do grupo cardiovascular (92,4%), o que também se verifica em outros estudos²⁵.

Considerando que a perceção da QV é, ao longo do tempo, um construto modificável, que no nosso estudo não é alheio à matriz da ruralidade que a enforma, verifica-se, no entanto, a conformidade com resultados de outros estudos. Alguns autores (Aguilar, Navarro, Farina & Martin, 2009²⁶; Martinelli et al., 2008²⁷; Vuillemin et al., 2005²⁸) afirmam que os homens apresentam uma perceção mais positiva da QV em relação às mulheres, tal como evidenciado nos resultados deste estudo.

Na verdade, constata-se que o envelhecimento coexiste com comorbilidades associadas e com uma panóplia de intercorrências farmacológicas que ocultam sintomatologia e dificultam o estabelecimento de diagnósticos diferenciais. Neste sentido, a idade tem sido referida como um dado importante na previsão do recurso a medicamentos, aumentado a probabilidade do seu uso a partir da quarta década de vida (Bardel, Wallander & Svärdsudd, 2000²⁹).

São os idosos que expressam menos sentimentos de solidão que têm melhor perceção da QV. Vários autores corroboram a teoria de que existe uma relação entre os fatores: idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro e baixos níveis de perceção de QV^{30, 31, 32}.

É importante afirmar que a avaliação da QV não é restrita à autonomia, pois pode mesmo comprometer o seu sentido mais lato, que corresponde às condições de vida com dignidade, em que o indivíduo pode afirmar “faço parte, eu conto!”³³.

CONCLUSÕES

Abordar a temática do enquadramento dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural reveste-se de alguma complexidade. Dos resultados sobressai o nível de instrução baixo e um rendimento substantivamente diminuto, que acentuam os problemas de saúde associados à vulnerabilidade e ao aumento das desigualdades sociais. Também estas características, condicionam o processamento da informação na vida quotidiana, na escolha da tomada de decisão e na procura de cuidados de saúde.

Não é alheia a esta situação, a clássica discussão em torno da prescrição terapêutica, como o número de medicamentos, a escolha dos fármacos, as embalagens excessivamente dimensionadas.

Compreender os resultados deste estudo, obriga necessariamente a visitar as raízes socioculturais da diferenciação entre géneros que continua a reservar para as mulheres uma menor participação e ligação às redes de apoio social ou de suporte informal que perdura no contexto das áreas rurais do interior do país.

A configuração rural oferece desafios especiais para o fornecimento de cuidados de saúde. As comunidades rurais são identificadas não somente pela sua baixa densidade populacional e distância para o ambiente urbano, mas também por uma combinação de condições sociais, geográficas e fatores culturais. A ação dos profissionais de saúde, por si só, não elimina as desigualdades em saúde, pelo que esta problemática deve ser encarada de forma mais abrangente, recomendando-se:

- A melhoraria na gestão dos recursos dos cuidados de saúde primários, com o incentivo aos cuidados comunitários e de proximidade;
- A articulação entre os recursos comunitários através de parcerias interinstitucionais efetivas, duradouras e complementares, quer a nível autárquico quer a nível social;
- A participação ativa das pessoas idosas, mesmo quando, por via da maior longevidade, apresentem, concomitantemente, doenças crónicas, baixos níveis de literacia e débeis recursos económicos, que comprometem a manutenção plena da autonomia e da independência.

Exige-se o incremento de políticas e programas intersetoriais e integradores e a emergência de uma intervenção profissionalizada, que se demarquem de uma visão economicista e avulsa e que não descurem o desiderato da continuidade do ciclo de vida e da QV.

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011: Resultados definitivos. Lisboa: Autor.
- 2 Mah, S., Gonçalves, A. T., & Garcia, O. (1999). Jovens e idosos: Contextos, interações e redes de suporte com enfoque no exemplo metropolitano de Cascais. *Revista de Intervenção Social*, 9 (20), 57-78.
- 3 Imaginário, C. (2004). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau.
- 4 Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). Cuidar do idoso: Dificuldades dos familiares. Coimbra: Formasau.
- 5 Neri, A. L. (2004). Qualidade de vida na velhice: In J. R. Rebelatto & J. G. S. Morreli, *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso* (pp. 1-36). São Paulo: Manole.
- 6 Ramos, H. V. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In L. Archer, J. Biscais, W. Osswald & M. Renaud (Coords.), *Novos desafios à bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.
- 7 Squire, A. (2005). Saúde e bem-estar para pessoas idosas. Loures: Lusociência.
- 8 Feldman, J. J., Makuc, D. M., Kleinman, J. C., & Cornoni-Huntley, J. (1989). National trends in educational differentials in mortality. *American Journal of Epidemiology*, 129 (5), 919-933. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2705434>
- 9 Marmot, M. G., Kogevinas, M., & Elston, M. A. (1987). Social-economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, 8, 111-135. doi:10.1146/annurev.pu.08.050187.000551
- 10 Williams, D. R. (1990). Socioeconomic differentials in health: A review and redirection. *Social Psychology Quarterly*, 53 (2), 81-99. Retrieved from <http://www.isr.umich.edu/williams/All%20Publications/DRW%20pubs%201990/Socioeconomic%20differentials%20in%20health.%20a%20review%20and%20redirection.pdf>
- 11 Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: Does it make a difference? *Social Science & Medicine*, 53 (10), 1373-1381. doi:10.1016/S0277-9536(00)00426-3
- 12 Bowling, A. (1994). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- 13 Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., ... Sutton, S. (2003). Let's ask them: A national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging Human Development*, 56 (4), 269-306. doi: 10.2190/BF8G-5J8L-YTRF-6404
- 14 Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (4), 349-361. Retirado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
- 15 Hughes, B. (1990). Quality of life. In S. M. Peace (Ed.), *Researching social gerontology: Concepts, methods and issues* (pp. 46-58). London: Sage Publications.
- 16 Folstein, M.F., Folstein, S., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat. Res.*, 12 (3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- 17 Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, A., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9), 9-10.
- 18 WHOQOL Group. (1995). World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- 19 Canavarró, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, ... Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- 20 Börsch-Supan, A., & Jürges, H. (Eds.). (2005). *The survey of health. Ageing and retirement in Europe: Methodology*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. Retrieved from http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/SHARE_BOOK_METHODODOLOGY_Wave1.pdf
- 21 Coelho Filho, J. M., & Ramos, L. R. (1999). Epidemiologia do envelhecimento no nordeste brasileiro: Resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 33 (5), 445-453. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0629.pdf>
- 22 Eurostat. (2013). Retirado de <http://epp.Eurostat.ec.europa.eu>.

ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

- 23 Katzung, B. G. (2006). *Farmacologia básica e clínica* (9a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 24 Duarte, Y. A. O., & Diogo, M. J. D. (2005). *Atendimento domiciliário: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- 25 Cima, C. I. F., Freitas, R. S. A., Lama, M. C. M., Mendes, C. A. S. C., Neves, A. C., & Fonseca, C. (2011). Consumo de medicação crónica. Avaliação da prevalência no Norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27 (1), 20-27.
- 26 Aguilar, P.S., Navarro, S.R.M., Farina, Y. R., & Martin, M.MN-T. (2009). Obesity and health: Related quality of life in the general adult population of the canary island. *Quality of Life Research*, 18 (2), 171- 177. doi:10.1007/s11136-008-9427-1
- 27 Martinelli, L.M.B., Mizutani, B.M., Mutti, A., D'elia, M.P., Coltro, R.S., Matsubara, B.B. (2008). Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a community healthcare program population. *Clinical Science*, 63 (6), 783-788. doi:10.1590/S1807-59322008000600013.
- 28 Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J.M., Hereberg, S., ... Briançon, S. (2005). Leisure time physical activity and health: Related quality of life. *Preventive Medicine*, 41 (2), 562-569. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15917053>.
- 29 Bardel, A., Wallander, M., & Svärdsudd, K. (2000). Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65- year-old women in mid-Sweden: A populationbased study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53 (6), 637-643. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10880784>
- 30 Sprangers, M. A., De Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., De Boer, J.B., ... Haes, H.C. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.*, 53 (9), 895-907. doi:10.1016/S0895-4356(00)00204-3
- 31 Suurmeijer, T. P., Reuvekamp, M.-F., & Aldenkamp, B.P. (2001). Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsy*, 42 (9), 1160-1168. doi:10.1046/j.1528-1157.2001.37000.x
- 32 Arnold, R., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Kempen, G.I., Ormel, J., & Suurmeijer, T.P. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research*, 13 (5), 883-896. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15233502>
- 33 Magalhães, V. (2001). *Novos desafios à bioética: Qualidade de vida, desafio e ambiguidades*. Porto: Porto Editora.
- 34 Santana, P., & Costa, C. (2012). A variação demográfica [Comunicação]. In X Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento, Coimbra, 21 de setembro.

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM:
IDENTIDADE, EMPODERAMENTO E RISCOS**
**PROFESSIONAL PRACTICE OF NURSING:
IDENTITY, EMPOWERMENT AND RISKS**

EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: ESTUDO DE ALGUNS FATORES INTERVENIENTES
EMPOWERMENT OF NURSES: STUDY OF SOME INTERVENING FACTORS*Manuela Ferreira¹**Filomena Paulo²**João Duarte¹*¹CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu²Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE**RESUMO****INTRODUÇÃO**

O empoderamento é um processo que resulta no fortalecimento pessoal e profissional, na forma de aquisição de competências, motivação, satisfação e tomada de decisão. Está vinculado á autonomia profissional e concretiza-se na tomada de decisão autónoma do enfermeiro.

OBJETIVO

Identificar as variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e de contexto formativo que influenciam o Empoderamento dos enfermeiros.

MÉTODOS

Realizamos um estudo de natureza quantitativa, descritiva-analítico e correlacional com amostra não probabilística de 240 enfermeiros que responderam ao questionário sociodemográfico, á escala “ Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale” (Mathews, Scott e Gallagher (2009) e á escala da motivação para o exercício profissional. Os enfermeiros possuíam idades entre os 26 e os 66 anos, maioritariamente com vinculo por tempo indeterminado á instituição onde trabalham.

RESULTADOS

Revelaram uma boa perceção sobre o Empoderamento com percentuais a oscilar entre os 50,0% no reconhecimento organizacional e os 100% no reconhecimento por pares. Os mais jovens possuem melhor perceção sobre o Empoderamento no reconhecimento por pares, organizacional e empoderamento global, e os mais velhos maior empoderamento na dimensão pessoal. São os Enfermeiros com mestrado e doutoramento que possuem uma menor perceção na dimensão multidimensional, reconhecimento por pares e reconhecimento organizacional. Quanto à motivação 40,0% dos participantes do estudo encontram-se muito motivados.

CONCLUSÕES

Os enfermeiros com maior motivação e com mais formação revelaram melhor perceção sobre o empoderamento e consequentemente maior capacidade de decisão. Estes resultados são de considerar na gestão dos contextos de formação e de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE

Empoderamento; Formação; Enfermeiros.

EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: ESTUDO DE ALGUNS FATORES INTERVENIENTES

ABSTRACT

INTRODUCTION

Empowerment is a process that results in personal and professional empowerment, in the form of acquisition of skills, motivation, satisfaction and decision making. It is linked to professional autonomy and will be materialized in autonomous decisions.

OBJECTIVES

To identify the sociodemographic, socio-professional and of formative context variables that influence the empowerment of nurses.

METHODS

A quantitative, descriptive analytical and correlational study with a non-probabilistic sample of 240 nurses. Data sample from June 2014 to December 2014, with implementation of an instrument composed of a professional and socio-demographic questionnaire: "Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale" (Mathews, Scott and Gallagher) and the scale of motivation to professional exercise.

INTRODUÇÃO

Prestar cuidados com qualidade requer que estejamos conscientes do ser, do fazer e do aprender. Se esta premissa for saudável, o grau de empoderamento de cada um de nós será positivo, o que enaltecerá a mestria do poder interior.

Cuidar dos outros requer que cada um de nós cuide de si mesmo. da sua motivação, de sua capacidade de reflexão e tomada de decisão, que traduzirá a sua satisfação. Quem não está cuidado não poderá de forma saudável, competente cuidar. Isto exige uma preparação emocional, a que podemos chamar de competência emocional.

Sendo a tarefa de cuidar um dever humano, cuidamos porque queremos ser mais felizes, plenos e para alcançarmos a felicidade é fundamental que cuidemos bem de nós mesmos e dos outros. "Cuidar e ser cuidado são existenciais (estruturas permanentes) e indissociáveis" Boff (2012).

Definir Empoderamento constitui um desafio para refletirmos sobre os motivos para a consolidação das práticas de enfermagem, aliadas ao seu poder profissional, tendo sempre como referência o amor por si mesmo.

O empoderamento pode ser visto como a possibilidade de uma pessoa assumir um maior controle sobre a própria vida, devendo nós, profissionais de saúde, utilizar estratégias que

RESULTS

Nurses involved in this survey were aged between 26 and 66 years old. Most of them had a bond, for an indefinite period of time, with the institution to which they were working. They showed good perception on the Empowerment ranging between 50% in the organizational recognition and 100% in recognition by peers. Younger nurses have a better perception of Empowerment in organizational and global recognition by peers, whereas older Nurses have a better perception of Empowerment in the personal dimension. Nurses with master's degree and doctoral studies have a lower perception on the multidimensional scale of recognition by peers and organizational recognition. 40% of nurses that participated in this study were very motivated.

CONCLUSIONS

Nurses with greater motivation and higher training level have better perception of empowerment and consequently greater decisiveness. These results are to be considered in the management of learning and job environments.

KEYWORDS

Empowerment, Motivation, Training

procurem fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação, desenvolvendo mecanismos de autoajuda e solidariedade.

O poder é a faculdade e a capacidade de agir, a força e a potência para conquistar algo. É a energia vital para se fazerem escolhas e tomadas de decisão (Covey, 2014).

O caminho para o poder inicia-se com o reconhecimento das qualidades pessoais e com o desenvolvimento das mesmas. O nosso poder é validado por aquilo que podemos materializar, sendo que nesta perspectiva o empoderamento é fruto de uma ação bem-sucedida (Goleman, 2005).

O conceito de Empoderamento surgiu com os movimentos de direitos civis nos Estados Unidos, nos anos 70. Refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, económicas e políticas, para agir na direção da melhoria da sua situação de vida (Bernardino, 2013). Craveiro (2000, cit. por Bernardino, 2013) refere que o Empoderamento é ainda incipiente no sistema de saúde.

Para Quitete et al, (2009) o Empoderamento é o mecanismo pelo qual as pessoas tomam controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida, de seu destino, tomam consciência da sua habilidade e competência para produzir, criar e gerir Segundo estes autores a definição de Empoderamento deve incluir várias componentes: a componente cognitiva que se refere

EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: ESTUDO DE ALGUNS FATORES INTERVENIENTES

à compreensão de ser e a necessidade de fazer escolhas; a componente psicológica que acarreta o desenvolvimento de sentimentos de autoconfiança e autoestima; o componente político que supõe habilidade para analisar, organizar e promover mudanças...; e a componente económica que supõe independência económica.

Nesse sentido e concordando com os autores acima citados, “ o Empoderamento também deve ser analisado do ponto de vista do desenvolvimento do poder de existir, que se liga à capacidade de ser, de existir daqueles que cuidam, (...), falar sobre poder em relação a cuidar obriga-nos a questionar o nosso próprio poder, (...), de que podemos vir a ser capazes, e como utilizamos essas capacidades”. (Quitete et al, 2009).

O senso comum diz-nos que poder é a capacidade de exercer influência para que se aceite pensamentos diferentes, mesmo contra vontade, (...), poder carrega traços fortemente autoritários e individualizados de relacionamentos (Salvador,2013). Para o autor o poder é descrito como um fenómeno transformacional, que promove o crescimento individual e grupal pelo encorajamento da reciprocidade, do estímulo ao pensamento, expansão do conhecimento e do favorecimento da conscientização.

É neste pressuposto que assenta a necessidade de reafirmar-se o poder clínico de enfermagem, compreendido como a percepção do enfermeiro de ser intelectual físico e emocionalmente capaz e preparado para interpretar respostas humanas, planejar, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de forma eficaz, proporcionando mais consciência de seu papel clínico, mais intencionalidade e envolvimento para decidir o que fazer (Salvador, 2013).

A literatura destaca o papel do conhecimento científico na afirmação da enfermagem como sendo uma profissão de bases sólidas, que fundamenta o empoderamento de suas práticas.

O conhecimento como forma de obter competência no agir e assegurar o poder, proporcionando segurança na tomada de decisão, leva a uma valorização das práticas de enfermagem.

Neste contexto o poder da parteira assenta numa relação que se baseia numa parceria entre a parteira, a mulher e sua família, sendo o empoderamento um processo intencional do profissional de saúde de partilha de conhecimento e poder (...), permitindo simultaneamente ao profissional de saúde realizar com segurança e autonomia as ações que decorrem das suas escolhas” (Lafrance e Maihot, 2005, cit por Henriques 2012).

Concordando com a OE, quando refere que o empoderamento deverá ser desenvolvido e fortificado com modelos de cuidados, atribuindo louvores, criando redes de apoio, cuidando umas das outras.

Para que possamos cuidar com qualidade em todas as demais dimensões da vida, devemos estar também cuidados. Como poderemos querer cuidar dos outros, neste caso das mulheres que são o foco do nosso Empower, se não cuidamos do Enfermeiro, enquanto gente que cuida de gente.

O conceito de Empoderamento tem duas dimensões distintas,

uma interna ao próprio indivíduo, ao seu potencial interno e à sua valorização interna, e uma dimensão observável através dos resultados visíveis na resolução de situações problemáticas (Silva,2013).

O conceito de competência associa-se a uma das três formas de saberes. O saber fazer, saber-saber e o saber estar (Gillet, cit.por Silva,2013). Logo, competência implica a mobilização de saberes de forma mais adequada em cada situação, no seu contexto (Correia, 2012). O mesmo autor refere que a competência está também associada a novas concepções de trabalho, baseadas na responsabilidade, flexibilidade e na reconversão permanente em que a polivalência é a mais-valia requerida e implica desenvolver autonomia.

A autonomia é percebida como a capacidade da pessoa assumir iniciativas, ser capaz de compreender e dominar novas situações no trabalho e ser reconhecida por isso. Está vinculada à investigação e produção de conhecimento, como forma de desenvolver a base de um poder que se concretiza na tomada de decisão autónoma.

A autonomia do profissional deve sustentar-se no rigoroso cumprimento de “boas práticas” profissionais, geradas pelo bom senso de peritos transformando a saber em regime de verdade (Silva,2012). Para o autor o perito está próximo da prática, ele é constituído a partir de experiência refletida e validada pela evidência científica construída a partir de uma comunidade de prática A perícia em matéria de tomada de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de Enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos imbuídos na prática clínica são a chave do progresso da prática da Enfermagem e do desenvolvimento da ciência de Enfermagem (Benner,2004).

A Autonomia profissional de enfermagem trata da disposição compreendida pelos enfermeiros para agir como uma profissão responsável e séria, e deve ser vista, cada vez mais, como um veículo para melhorar a qualidade e para tornar-se centro da tomada de decisão em equipa (Porto,2011)

A autonomia / empoderamento do profissional de enfermagem no processo de cuidado é cada vez mais importante, uma vez que proporciona a possibilidade de rever a enfermagem enquanto profissão um exercício interdisciplinar. Acredita-se que os enfermeiros consideram a autonomia no seu contexto de trabalho, como um requisito para o desenvolvimento das atividades profissionais (Ribeiro 2009).

À competência é referida uma orquestração de diversos recursos cognitivos e afetivos, que permitem estar capacitado para enfrentar um conjunto de situações, articulando os saberes em contexto e com um agir eficaz (Perrenoud, 1999,2004 cit por Correia 2012).

O desenvolvimento de competências põe em campo uma diversidade de comportamentos profissionais e sociais, correspondentes a capacidades criativas relacionais e transformativas que implicam a globalidade do indivíduo, desde o seu comportamento, a sua personalidade, a sua identidade e

EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: ESTUDO DE ALGUNS FATORES INTERVENIENTES

a sua afetividade (Correia, 2012). Para o autor a competência profissional desenvolve-se através de um processo interativo constante e complexo, que ocorre entre o enfermeiro e o meio circundante onde se podem identificar cinco fatores: experiência, meio, oportunidades, motivação, conhecimento teórico e características pessoais. Cabe ao enfermeiro compreender que a competência específica do seu processo é o cuidado terapêutico, o qual está assente na interação entre o profissional e o ser que necessita de cuidado e é sustentado na competência técnica-legal, no compromisso ético e estético da equipa de enfermagem ao desenvolvê-lo, sob uma conceção transformadora, emancipadora, remetendo a percepção de um cuidado integral ao ser humano (Leopardi, 2006 cit. por Porto, 2011).

Podemos ainda falar de uma outra perspetiva do poder, o poder simbólico, como sendo instrumento de conhecimentos e de construção do mundo objetivos, que se manifestam através dos mais diversos níveis de comunicação (língua, cultura, discurso, conduta), garantindo àqueles que o possuem a manutenção e o exercício do poder (Bourdieu, 2001 cit. por Martins, 2014).

O Empoderamento é um processo construído socialmente, por meio das inter-relações que o individuo estabelece com o meio e pessoas com as quais se relaciona (Albini, 2013). Resulta em força/poder pessoal e profissional, na forma de competência, motivação, autonomia e satisfação. E neste contexto que questionamos:

“Qual o nível de empoderamento dos profissionais de enfermagem? (ii) Que variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o empoderamento dos enfermeiros; (iii) Qual a influência das variáveis de contexto formativo e da motivação para o trabalho no empoderamento dos enfermeiros”.

MÉTODOS

Nesta perspetiva e para dar resposta às questões de investigação formuladas, foi esboçado o desenho de investigação que nos permite perceber os diferentes domínios que integram a nossa investigação e proporciona uma visão integral das dimensões consideradas fundamentais nesta problemática.

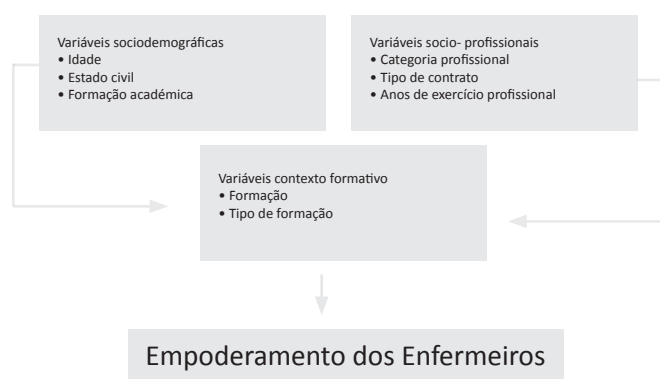


Figura 1 - Esquema conceptual da investigação.

Tendo em conta que este estudo procura uma explicação das relações entre variáveis, optámos por recorrer a uma metodologia quantitativa. Foi nosso propósito realizar um estudo descritivo analítico e correlacional, para explorar relações entre variáveis e descrevê-las, possibilitando uma melhor compreensão do fenómeno. A colheita de dados foi realizada entre Junho de 2014 a Dezembro de 2014, com aplicação de um instrumento composto pelo questionário sociodemográfica e profissional, pela escala “ Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale” (Mathews, Scott e Gallagher 2009) e pela escala da motivação para o exercício profissional construída e validada para o presente estudo

Foram questionados 240 enfermeiros portugueses, maioritariamente de instituições da zona centro do país que participaram voluntariamente no estudo, após lhes ter sido explicada com clareza os objectivos e metodologia e garantido o anonimato e confidencialidade dos dados

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

EMPODERAMENTO E VARIÁVEIS SOCIDEMOGRÁFICAS

Estudamos uma amostra com uma idade mínima de 26 e máxima de 66 anos. Trata-se de uma amostra que pode considerar-se jovem já que a idade média se situa nos 40.6 anos. Ribeiro et al, (2009) acredita que a idade permite maior maturidade e capacidade para tomada de decisões profissionais e a utilização do empoderamento de forma positiva, isto é, os mais velhos terão melhor capacidade de empoderamento. Os resultados do nosso estudo revelaram que são os enfermeiros mais jovens que percecionam melhor empoderamento no reconhecimento por pares, organizacional e empoderamento global e os enfermeiros com idade entre os 36 a 43 anos melhor empoderamento na dimensão pessoal. Por outro lado o grupo dos enfermeiros mais velhos, isto é com idade superior ou igual a 44 anos foram os que percecionaram melhor empoderamento na dimensão multidimensional.

A análise inferencial mostrou que os enfermeiros com o estado civil de casados prevalece em cerca de três quartos da amostra (72.1%), Aferiu-se que os enfermeiros solteiros/divorciados/separados/viúvos revelaram pior percepção sobre o empoderamento que os casados ou a coabitarem em união de facto, exceto para a dimensão multidimensional que recai neste último grupo mas não foram significativas as diferenças encontradas.

No referente à formação académica Lopes (2006 cit por Correia, 2012), refere que “o saber pessoal tem a ver com a capacidade que cada enfermeiro tem de se conhecer a si próprio., sendo isso tanto mais importante quanto a interação é uma característica fundamental dos cuidados de enfermagem”. Assim o modo como o enfermeiro desenvolve a prática do autoconhecimento, é importante para a qualificação da interação e para a definição do modo como utiliza esse conhecimento no ato de cuidar. Apurpu-se no nosso estudo que 70.0% dos

EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: ESTUDO DE ALGUNS FATORES INTERVENIENTES

inquiridos continua (ou) a investir na sua formação após a conclusão da sua licenciatura ou especialização embora se tenha denotado que a maior percentagem mantém como formação académica a licenciatura (75.6%), mas sendo já significativo o percentual dos que possuem mestrado (24.45%).

O processo de formação está de modo marcante muito interligado à qualidade de experiências de cuidar. Um aspeto importante no trabalho de Foucault (cit por Fernandes, 2012), é a relação do poder com o conhecimento, referindo este autor que o saber e o poder se implicam mutuamente, podendo deste modo afirmar-se que não há poder sem formação de saber. A Ordem dos Enfermeiros por sua vez, preconiza, quanto à formação contínua, que o profissional leve a efeito uma revisão regular das suas práticas; assuma responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências; atue no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua (OE, 2003 cit por Correia, 2012).

Este pressuposto porém não conflui com os resultados obtidos porquanto não foram encontradas significâncias estatísticas entre as habilitações literárias e a perceção sobre o empoderamento pese embora o facto dos enfermeiros licenciados tenderem para uma melhor perceção sobre empoderamento em relação à dimensão pessoal e empoderamento global e os que possuem o mestrado /doutoramento uma melhor perceção na dimensão multidimensional, reconhecimento por pares e reconhecimento organizacional. Segundo Benner (2004), para que haja um verdadeiramente empoderamento profissional, o enfermeiro tem de ter o poder de perito. Isso implica ter o conhecimento adequado, competência e habilidade para desempenhar o seu papel de forma eficiente no contexto dos cuidados, o que se pode designar como o verdadeiro poder (Gibson, 1991 cit por Henriques, 2012).

EMPODERAMENTO E VARIÁVEIS PROFISSIONAIS

Quanto ao tempo de exercício profissional, aferimos que os participantes possuem em média 18,5 anos de exercício sendo que a grande percentagem dos participantes já exerce a sua atividade há mais de 2 anos. Não encontramos estudos que nos indiquem que o empoderamento está relacionado com o tempo de exercício profissional mas os resultados por nós encontrados vão no sentido dos enfermeiros com menor tempo de serviço como especialista revelarem melhor perceção no reconhecimento por pares, os que possuem entre 6 a 10 anos de tempo de serviço melhor empoderamento em relação à dimensão pessoal, dimensão multidimensional e fator global e os com mais de 10 anos serviço melhor reconhecimento organizacional. Já os enfermeiros com 3 a 5 anos de exercício profissional como especialistas foram os que na generalidade manifestaram menor empoderamento. Será de todo conveniente que em estudos posteriores se analise mais pormenorizadamente esta variável no intuito de procurar uma justificação para os resultados obtidos.

Frequentemente, o profissional recém-formado sente-se incapaz e insatisfeito com seu trabalho, pois nem sempre consegue realizar com êxito a função que é de sua competência, nem se sente capaz para assumir determinados cuidados, pela falta de habilidade, medo e insegurança para iniciar determinados procedimentos, gerando situações que causam angústia e ansiedade. As práticas de empoderamento caracterizam-se sobretudo por ações socioeducativas, informação e aconselhamento, atendimento e acompanhamento e participação. À questão do questionário “fez formação/ curso depois de ter terminado enfermagem/ especialização” aferimos que 70.0% dos inquiridos continuaram a investir na sua formação após a conclusão da sua licenciatura ou especialização, sendo também estes que apresentaram uma melhor perceção sobre empoderamento em todas as subescalas e fator global, com significância estatística exceto para o reconhecimento organizacional, aferindo-se assim que a realização de formação teve influência na perceção do empoderamento dos enfermeiros. Conclui-se portanto que o conhecimento adquirido na escola não pode ser compreendido como acabado, e o processo de aprendizagem deve ser contínuo no decorrer da vida profissional tipificando-se como fundamental para a aquisição duma melhor perceção sobre o empoderamento.

O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à profissão proposto por Benner (2004) processa-se em cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Os iniciados não possuem experiência sobre as situações com as quais possam ser confrontados, onde é manifesta a dificuldade para integrar os conhecimentos académicos que aprenderam nas situações reais que vivem. Esta dificuldade prende-se com o facto de determinadas ações e decisões somente poderem ser apreendidas em contexto de trabalho, pelo que este modelo é dependente da situação e não propriamente das capacidades intrínsecas da pessoa.

O comportamento dos iniciados avançados é aquele que se caracteriza como aceitável, na medida em que já enfrentaram suficientes situações reais, sozinhos ou acompanhados por orientador, para compreender os fatores significativos que se repetem em situações idênticas. Todavia, os principiantes e principiantes avançados apenas conseguem apreender um pequeno aspeto da situação, dado que ainda tudo é novo, estranho e complexo.

O enfermeiro competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos, o que se relaciona com a aptidão para caracterizar os seus atos em termos objetivos, com a análise consciente, abstrata e analítica que faz dos problemas, sendo capaz de planificar deliberadamente, o que o ajudará a adquirir a eficiência, a organização e a maleabilidade necessárias para transitar para o estado seguinte.

O enfermeiro proficiente possui a perceção fundada na experiência, que permite reconhecer as situações na sua globalidade, tem capacidade de antecipação, que melhora a sua

EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: ESTUDO DE ALGUNS FATORES INTERVENIENTES

tomada de decisão, uma vez que dos muitos aspetos e atributos existentes sabe distinguir quais são os importantes.

No último estado encontram-se os enfermeiros peritos, que não são difíceis de reconhecer pelas suas opiniões clínicas ou gestão de casos complexos, que executam de forma notável. O resultado da experiência adquirida transcende a passagem do tempo, trata-se de enfermeiros capacitados para melhorar as teorias e noções prévias, concebidas como produto das inúmeras situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria. Esta teoria conflui com os resultados do presente estudo porquanto permitiu concluir que os enfermeiros chefes são os que melhor perceção sobre empoderamento apresentam na dimensão pessoal, dimensão multidimensional reconhecimento organizacional e fator global enquanto os especialistas pontuam mais na perceção do empoderamento relativo ao reconhecimento por pares. Em sentido oposto foram encontrados os enfermeiros graduados que ostentam menores níveis de empoderamento, salvo no reconhecimento organizacional mais manifesto na categoria de enfermeiro.

No referente ao tipo de contrato de trabalho/vínculo que detém para com a instituição os resultados obtidos permitiram apurar que 89.6% detém com a instituição um vínculo a tempo indeterminado. Refere Cardoso Júnior (2003 cit por Oliveira, 2008) que o empoderamento geralmente aumenta a satisfação dos funcionários no trabalho porque lhes dá um sentimento de realização por dominar várias atividades, de reconhecimento do seu trabalho e de responsabilidade sobre a qualidade. Nessa mesma linha de pensamento, refere que os funcionários que possuem mais autonomia e maior responsabilidade se mostram mais motivados e geram melhores resultados. Estudou-se ainda o efeito entre o tipo de contrato de trabalho e perceção sobre o empoderamento tendo-se apurado que os enfermeiros com contrato por trabalho indeterminado manifestam uma menor perceção na dimensão pessoal, enquanto os contratados por tempo determinado exteriorizam melhor perceção no reconhecimento por pares e empoderamento global. Os enfermeiros com outra forma de contrato revelaram um melhor empoderamento na dimensão pessoal e dimensão multidimensional. Não possuímos estudos que nos permitam justificar os resultados obtidos, mas comungamos da opinião de Oakley e Clayton (2003, cit por Ribeiro, (2009) que empoderar passa a ser o papel de gestão, parceria e responsabilidade que cada um de nós assume, junto do alvo dos nossos cuidados. É entendimento que a transformação da realidade é uma tarefa comum ao ser humano, que envolve laços de afeto, inclusão, sentimento de pertença e politização.

EMPODERAMENTO E MOTIVAÇÃO PARA A PROFISSÃO

O empoderamento pode ser visto como motivação ao funcionário para que este seja ativo em suas competências e participe efetivamente nos seus próprios projetos. De acordo com Hesbeen (2001) a qualidade dos cuidados será fortemente

marcada pelas atitudes e comportamentos de quem cuida, da qualidade que desejam, ou seja, do seu profundo desejo de cuidar dos outros para além dos atos que executam, da riqueza do seu olhar e da sua motivação para a qualidade. Pelos resultados do estudo realizado, apuramos que 40.0% dos participantes se encontravam muito motivados e cerca de 30.0% pouco motivados. A análise inferencial revelou que a relação entre motivação e empoderamento são positivas e altamente significativas aferindo-se assim que os enfermeiros com maior motivação para o trabalho são os que revelam melhor empoderamento na dimensão pessoal, na dimensão multidimensional, no reconhecimento por pares e no reconhecimento organizacional.

CONCLUSÕES

O Empoderamento em Enfermagem requer um modelo holístico, fenomenológico, interativo e orientação para um melhor cuidar. O contributo da formação passa pela edificação de novas competências, nas quais se insere a capacidade de estar motivado, mediante a apropriação do saber. A motivação é um aspeto relevante no nosso estudo, que contribui para o estar empoderado.

A maior parte dos inquiridos 75.6% possui a licenciatura e 24% mestrado.

A categoria profissional mais evidente é a de enfermeiros que se verifica sobretudo nos de idade inferior a 35 anos, e as categorias intermédias Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Especialista, registando-se esta última nos de mais de 44 anos.

A maior parte dos participantes detém com a instituição um vínculo a tempo indeterminado, com distribuição idêntica pelos diferentes grupos etários.

No que se refere a motivação profissional o estudo revelou que existe uma boa motivação profissional, e que os participantes muito motivados são os de idade intermédia, que vivem com companheiro, que possuem licenciatura com a categoria de enfermeiro, com vínculo institucional por tempo indeterminado e que efetuaram formação após o curso.

Realçamos as diversas dimensões do Empoderamento encontradas após análise fatorial exploratória e confirmatória e que foram designadas por dimensão pessoal, dimensão multidimensional, reconhecimento dos pares e reconhecimento organizacional.

Os Enfermeiros mais jovens possuem melhor perceção sobre empoderamento no reconhecimento por pares, organizacional e Empoderamento global. Os Enfermeiros com idades entre os 36 e os 43 anos possuem melhor Empoderamento na dimensão pessoal. Os Enfermeiros com idade superior ou igual a 44 anos são os que possuem melhor Empoderamento relativo à dimensão multidimensional.

No que diz respeito ao estado civil, verificamos que os Enfermeiros solteiros/viúvos/separados são os que possuem pior perceção sobre o Empoderamento, mas no referente às

EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: ESTUDO DE ALGUNS FATORES INTERVENIENTES

habilitações literárias aferimos que os Enfermeiros licenciados, possuem melhor percepção sobre o Empoderamento em relação à dimensão pessoal e empoderamento global, e os Enfermeiros com mestrado uma menor percepção na dimensão multidimensional, reconhecimento por pares e reconhecimento organizacional.

Os enfermeiros com contrato indeterminado manifestam menor percepção na dimensão pessoal, e os contratados por tempo determinado exteriorizam melhor percepção no reconhecimento por pares e Empoderamento global. Os Enfermeiros com outro tipo de contrato revelam melhor Empoderamento na dimensão pessoal e dimensão multidimensional.

Quando analisamos o tempo de exercício profissional, apuramos que os Enfermeiros com menor tempo de serviço como especialista revelam melhor percepção do Empoderamento no reconhecimento por pares. Os que possuem entre 6 a 10 anos de serviço melhor Empoderamento em relação à dimensão pessoal e dimensão multidimensional e os Enfermeiros com mais de um ano de exercício melhor Empoderamento relativo ao reconhecimento organizacional. Por outro lado os Enfermeiros com 3 a 5 anos de exercício como especialistas são os que denotam menor percepção de Empoderamento.

São os Enfermeiros chefes que melhor percepção de Empoderamento apresentam, na dimensão pessoal, dimensão multidimensional e reconhecimento organizacional. Por sua vez os Enfermeiros especialistas pontuam melhor na percepção do Empoderamento relativo ao reconhecimento por pares. Os Enfermeiros graduados são os que menos pontuam nos níveis de Empoderamento salvo no reconhecimento organizacional.

Os Enfermeiros que realizaram formação revelam melhor percepção sobre o Empoderamento, e com significância estatística. São os Enfermeiros muito motivados para o exercício da profissão os que manifestam maior percepção para o Empoderamento, em todas as escalas e fator global.

A competência profissional pressupõe conhecimento e um saber transferível para a prática. Os resultados mostram a importância da formação e motivação no empoderamento e consequentemente na tomada de decisão autónoma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albini, L. (2013). Vivenciando o empoderamento do enfermeiro em um hospital de ensino na implementação de modelo gerencial (Tese de doutoramento, Universidade Federal do Paraná). Acedido em <http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/35019>

Benner, P. (2004). De iniciado a perito. Coimbra: Editora Quarteto.

Bernardino, E., Dyniewicz, A. M., Carvalho, K. L. B., Kalinowski, L. C., & Bonat, W. H. (2013). Adaptação transcultural e validação do instrumento Conditions of Work Effectiveness - Questionnaire-II. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21(5), 7 telas.

Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1112.pdf

Boff, L. (2012). Quem cuida do cuidador? São Leopoldo, RS: Instituto Humanitas Unisinos. Acedido em <http://www.ihu.unisinos.br/noticias/509000-quemcuidadocuidador>

Correia, M. C. B. (2012). Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7992>

Covey, S. R. (2014). Os sete hábitos das pessoas altamente eficazes: Lições poderosas para transformação pessoal. Lisboa: Gradiva.

Goleman, D. (2005). Trabalhar com inteligência emocional (3ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.

Henriques, C. M. (2012). O empoderamento dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica em Portugal. Madrid: Bubok Publishing.

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência.

Martins, M. F. S. V., & Remoaldo, P. C. A. C. (2014). Representações da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida. Revista Brasileira de Enfermagem: REBEn, 67(3), 360-365. doi: 10.5935/0034-7167.20140047

Matthews, A., Scott, P. A., & Gallagher, P. (2009). The development and psychometric evaluation of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale. Midwifery, 25(3), 327-335. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807000435>

Oliveira, U. R., & Rocha, H. M. (2008). Empowerment como estratégia competitiva em manufatura e serviços: Percepção dos colaboradores. Revista Produção Online, 8(3), 1-23. doi: <http://dx.doi.org/10.14488/1676-1901.v8i3.109>

Porto, A. R. (2011). O empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar (Dissertação de pós-graduação, Universidade Federal de Pelotas). Acedido em <http://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/02e74f10e0327ad868d138f2b4fdd6f0.pdf>

EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: ESTUDO DE ALGUNS FATORES INTERVENIENTES

Quitete, J. B., & Vargens, O. M. C. (2009). O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: Empoderamento ou submissão das mulheres usuárias? *Revista de Enfermagem UERJ*, 17(3), 315-320. Acedido em <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a03.pdf>

Ribeiro, J. M. S (2009). Autonomia profissional dos enfermeiros (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20083/2/AUTONOMIA%20PROFISSIONAL%20DOS%20ENFERMEIROS%20%20JORGE%20RIBEIRO.pdf>

Salvador, P. T. C. O., Alves, K.Y., Martins, C. C. F., & Santos, E. P. (2013). Motivos para o empoderamento da enfermagem: Reflexões à luz de Alfred Schutz. *REME, Revista Mineira de Enfermagem*, 17(4), 1014-1019. doi: 10.5935/1415-2762.20130073

Silva, J. M. S. G. (2013). Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um hospital (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Acedido em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4757>

Silva, P. J. O. (2012). A formação de enfermeiros em Portugal: Uma cartografia dos discursos presentes (Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto). Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/78382>

LOMBALGIAS E INCAPACIDADE FUNCIONAL NOS ENFERMEIROS
LOW BACK PAIN AND FUNCTIONAL DISABILITY IN NURSES

Helena Moreira¹
Cátia Guerra¹
Ana Andrade¹
Rosa Martins¹
Carlos Albuquerque^{1,2}

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

²CIEC, Universidade do Minho, Portugal

RESUMO**INTRODUÇÃO**

Os enfermeiros em contexto hospitalar e no âmbito das suas funções estão sujeitos a esforços excessivos e repetitivos, durante longos períodos de tempo, adotando posturas incorretas. A escassez de recursos humanos e técnicos, bem como algumas condições de trabalho são favoráveis ao aparecimento de lombalgias. Estas causam dor, limitação funcional e custos elevados com os cuidados de saúde, podendo contribuir para um elevado absentismo laboral.

OBJETIVO

Avaliar a prevalência de lombalgias nos enfermeiros. Determinar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a incapacidade funcional com as lombalgias.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo não experimental, de natureza quantitativa e transversal, seguindo uma via descritivo-correlacional. Recorremos a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 103 enfermeiros, a desempenhar funções na área hospitalar, com idades compreendidas entre os 25 e os 54 anos (Média= 34,01±7,69). Para a mensuração das variáveis foi utilizado instrumento de colheita de dados no sentido de avaliar a prevalência de lombalgias e o Questionário de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec (QDLIQ).

RESULTADOS

Os enfermeiros do estudo apresentam uma elevada prevalência de lombalgias (78,64%) nos últimos 12 meses. Os resultados sugerem que a prevalência de lombalgias é mais frequente nas mulheres, com menos de 40 anos de idade, com excesso de peso, que não praticam qualquer atividade desportiva, que realizam atividades domésticas diárias e que apresentam maior grau de incapacidade funcional.

CONCLUSÕES

Os resultados desta investigação confirmam a prevalência elevada de lombalgias nos enfermeiros em estudo. Mostrou ainda a associação com as variáveis sociodemográficas e com a incapacidade funcional. Torna-se evidente a necessidade de maior intervenção por parte de quem tem funções de gestão, assim como dos serviços de Saúde Ocupacional Institucionais.

PALAVRAS-CHAVE

Lombalgias, Enfermagem, Incapacidade Funcional.

LOMBALGIAS E INCAPACIDADE FUNCIONAL NOS ENFERMEIROS

ABSTRACT

INTRODUCTION

Nurses in hospital setting and in their duties context are subject to excessive and repetitive efforts during long periods of time, adopting incorrect postures. The shortage of human and technical resources and some working conditions are favorable to the emergence of low back pain. These cause pain, functional limitations and high costs of health care and can contribute to high work absenteeism.

OBJECTIVE

To assess the prevalence of low back pain in nurses.
To determine the bond between sociodemographic variables and functional disability to low back pain.

METHODS

This is a non-experimental study, of quantitative and transversal nature, following a descriptive correlational route. It was used a non-probabilistic convenience sample consisting of 103 nurses performing duties at the hospital, aged 25 to 54 years (mean = 34.01 ± 7.69). For the variables measurement it was used a data collection instrument in order to assess the prevalence of low back pain and the Low Back Pain and Disability Questionnaire of Quebec (QDLIQ).

INTRODUÇÃO

Considerado um dos maiores problemas em saúde, tanto para a elucidação do diagnóstico como para os procedimentos terapêuticos, a lombalgia causa sofrimento para os trabalhadores em geral e elevados custos para a comunidade. O crescente aumento na quantidade de cuidados em saúde necessários ao seu tratamento e as incapacidades que provocam fazem com que seja considerada uma epidemia.

As lombalgias constituem uma causa frequente de incapacidade e são várias as circunstâncias que contribuem para as desencadear (Moraes, Silva & Pereira, 2003). Muitas vezes existe uma relação de causa-efeito com os estilos de vida, hábitos posturais, condições profissionais, factores psicossociais e condições emocionais que podem levar à dor lombar ou agravar as queixas resultantes de outras causas orgânicas já existentes. De entre os múltiplos factores de risco para o aparecimento de lombalgias, são considerados como factores individuais: a idade, o sexo, a escolaridade, o índice de massa corporal, a diminuição da força muscular, o stresse, a adopção de posturas incorrectas, entre outros; e como factores profissionais todos aqueles que de alguma forma estão ligados à actividade profissional: longos períodos de trabalho, trabalhos pesados, elevação de cargas, manter posturas estáticas por tempos prolongados, tarefas e

RESULTS

The nurses showed a high prevalence of low back pain (78.64%) in the last 12 months. Results suggest that low back pain prevalence is more frequent in women under 40 years old, overweight, who don't perform any work out activity, that do daily household activities and have a high degree of functional disability.

CONCLUSIONS

Results of this research confirm the high prevalence of low back pain in the sample of nurses. It also showed the association with sociodemographic variables and functional disability. It is clear the need of greater intervention by those who have management functions, as well as the Institutional Occupational Health services.

KEYWORDS

Low back pain, Nursing, Functional Disability.

esforços repetidos. (Garganta & Chaves, 2007)

As lombalgias do ponto de vista clínico representam um potencial de sofrimento e de incapacidade, transformando-se num problema abrangente com consequências ao nível pessoal, profissional e familiar. De acordo com a Organização Mundial do Trabalho as lombalgias estão presentes em todas as profissões e setores de atividade, sendo que alguns grupos profissionais apresentam taxas particularmente elevadas, entre os quais os enfermeiros (WHO 2002).

Alguns autores, nomeadamente Baumann (2007), alertam para as condições de trabalho dos enfermeiros e para o risco de desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas no desempenho da sua actividade.

Em Portugal, nos últimos anos vários as lesões músculo-esqueléticas de origem profissional têm suscitado o interesse de alguns investigadores, que alertam para as condições de trabalho e para o significativo nível de risco de lesões músculo-esqueléticas a que se encontram expostos os enfermeiros (Serranheira & UVA, 2007).

Segundo Barroso et al. (2007) o risco de lesões músculo-esqueléticas, na actividade de enfermagem, encontra-se a associado á movimentação e transferência de doentes, com grau de dependência elevados, aumentando o risco com a repetição

LOMBALGIAS E INCAPACIDADE FUNCIONAL NOS ENFERMEIROS

dessas atividades ao longo de um turno de trabalho.

A realização destas práticas de forma repetitiva e prolongada, leva a que determinados músculos sejam recrutados continuamente. A sua utilização prolongada promove o aparecimento de fadiga muscular e consequentemente, o aparecimento de lesões (Brasileiro, 2005).

Os indivíduos não apresentam a mesma susceptibilidade para o desenvolvimento de lombalgias, segundo alguns autores esta pode estar relacionada com características individuais, como o sexo, a idade, características antropométricas, algumas actividades físicas não relacionadas com o trabalho e a existência de doenças crónicas.

Assim de forma a melhor conhecer esta realidade elaboramos a seguinte questão de investigação: *Qual a prevalência de lombalgias nos enfermeiros dos serviços de Cirurgia, Medicina, Neurocirurgia e Ortopedia de uma Unidade Hospitalar da Zona Centro?*

Para lhe dar resposta estabelecemos os seguintes objetivos: Avaliar a prevalência de lombalgias nos enfermeiros. Determinar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a incapacidade funcional com as lombalgias.

MÉTODOS

No âmbito deste trabalho optou-se por um estudo quantitativo, de carácter exploratório descritivo, transversal e correlacional. (Fortin, 2009) A amostra é composta por todos os enfermeiros a desempenhar funções nos serviços de cirurgia, medicina, neurocirurgia e ortopedia, em prestação directa de cuidados ao doente. Trata-se de uma amostra do tipo não probabilístico e acidental (Fortin, 2009). A metodologia aplicada no desenvolvimento deste trabalho resulta da aplicação dos instrumentos colheita de dados: sócio-demográficos, a prevalência de lombalgias e o Questionário de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec (QDLIQ).

Este foi desenvolvido e validado por Kopec em 1995. O score final varia de 0 a 100 pontos, significando uma pior condição clínica quanto maior for a pontuação. Os scores que variam entre 0 e 30 indicam a existência de uma incapacidade funcional baixa e os scores acima dos 50 indicam um nível de incapacidade funcional considerável (Reneman et al., 2002). A versão portuguesa QDLIQ foi validada por Nunes, Ribeiro e Cruz em 2005 e mantém as propriedades psicométricas de fidedignidade teste-reteste e consistência interna da versão original.

De acordo com a questão de investigação e os objetivos deste estudo foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação: H1- *Existe relação entre as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, IMC, estado civil, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, hábitos de sono, formação académica, actividades nos tempos livres, ginásio/modalidade desportiva, actividades domésticas e conhecimento de protocolos de tratamento e programas de prevenção das lombalgias) e a prevalência de lombalgias nos enfermeiros deste estudo.* H2 - *Existe relação entre o QDLIQ e a*

prevalência de lombalgias nos enfermeiros deste estudo.

De forma a dar cumprimento aos aspetos éticos foi pedida autorização ao Conselho de Administração do Hospita onde se realizou o estudo, que deu parecer favorável e garantida a congidencialidade dos resultados a todos os participantes.

Para o tratamento da informação obtida foi efectuada uma matriz de dados, utilizando-se o programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17., foram usados os testes paramétricos (depois de verificados os pressupostos para a sua utilização), Qui Quadrado e T-Student.

RESULTADOS

A amostra é constituída por 103 enfermeiros. A maioria dos enfermeiros deste estudo é do sexo feminino (81,55%), com idades compreendidas entre os 25 e os 54 anos, sendo a média de idade 34,01 anos. O índice de massa corporal médio está no intervalo entre 18,5 e 24,9, considerando-se de acordo com a OMS, como correspondente ao peso normal. Apenas 39,81% dos enfermeiros referiram como actividades dos tempos livres, as actividades desportivas, a maioria referiu praticar actividades recreativas sedentárias (62,14%). A maioria dos enfermeiros refere igualmente a prática de actividades domésticas (88,35%) com uma frequência diária (57,28%), função desempenhada maioritariamente pelas mulheres (94,05%). Maioritariamente os enfermeiros da amostra não praticam uma modalidade desportiva (68,63%).

Os resultados deste estudo evidenciam uma elevada prevalência de lombalgias nos últimos 12 meses nos enfermeiros (78,64%), sendo o sintoma mais frequentemente referido a dor mecânica que varia com a actividade física (68,93%), com uma intensidade, de acordo com a classificação da Escala Visual Numérica da Dor, moderada (58,75%), com tempo de duração de um dia a uma semana (53,75%), classificando-se de aguda.

Os resultados revelam que 50% dos enfermeiros desconhece protocolos de tratamento e programas de prevenção das lombalgias e 34,95% recorre à auto-medicação.

Pela análise do Questionário de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec constatamos que a maioria dos enfermeiros deste estudo, no momento da aplicação do questionário, apresentou um grau de incapacidade baixo (= 16,43) para realizarem actividades físicas inerentes ao seu quotidiano, causada pela (s) lombalgia (s).

Na análise inferencial vamos apenas referir as variáveis que apresentam diferenças estatisticamente significativas.

A percentagem de enfermeiros que referem lombalgias é superior no sexo feminino, sendo que 88,89% das mulheres referem lombalgias. Entre os homens 11,11% referem este tipo de queixas. Quando aplicamos o teste do Qui-Quadrado observamos que a um valor da estatística de teste de 13.564, está associado um p-value de 0,000 inferior ao nível de significância escolhido de 5%, o que significa que há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e prevalência de

LOMBALGIAS E INCAPACIDADE FUNCIONAL NOS ENFERMEIROS

lombalgia.

A maior percentagem de lombalgias (41,98%) encontra-se na faixa etária dos 20 aos 30 anos, seguida dos indivíduos entre os 31 e os 40 anos (39,51%). Quando aplicamos o teste do Qui-Quadrado observamos que a um valor da estatística de teste de 8,659, está associado um p-value de 0,034, o que significa que há diferenças estatisticamente significativas entre o grupo etário e prevalência de lombalgia.

Ao analisarmos a associação entre a prevalência de lombalgias e os grupos de IMC por sexo, verifica-se que a maior prevalência de lombalgias no sexo masculino, encontra-se nos enfermeiros com excesso de peso. Em contrapartida, nos enfermeiros do sexo feminino, a prevalência de lombalgias é unânime em todos os grupos de IMC. Devido ao número reduzido de inquiridos do sexo masculino por grupo foi necessário recorrer ao teste de Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo para avaliar a associação entre a prevalência de lombalgias e o IMC. Os resultados obtidos revelam que a um valor da estatística de teste de 6,566, está associado um p-value de 0,038, o que significa que há diferença estatística significativa entre o IMC nos homens e a prevalência de lombalgias. Constatamos por isso, que entre os inquiridos do sexo masculino, a prevalência de episódios de lombalgias parece estar a ocorrer com mais frequência entre os indivíduos com excesso de peso. Da mesma forma, para o sexo feminino ao aplicamos o teste do Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo, observamos que a um valor da estatística de teste de 1,372, está associado um p-value de 0,482 constatamos por isso que entre os inquiridos do sexo feminino a prevalência de episódios de lombalgias não parece estar associada ao IMC.

Ao relacionarmos a prevalência de lombalgias e a frequência num ginásio/modalidade desportiva, verificamos que a maior prevalência de lombalgias incide nos enfermeiros que não praticam qualquer forma de prática desportiva (73,75%). Quando aplicamos o teste do Qui-Quadrado, observamos que a um valor da estatística de teste de 4,521, está associado um p-value de 0,041. Constatamos assim, que é entre os inquiridos que costumam frequentar o ginásio/modalidade desportiva, que se espera um menor número de prevalência de episódios de lombalgias.

Ao relacionarmos a prevalência de lombalgias e a realização de actividades domésticas, verificamos que a maior incidência de lombalgias ocorre nos enfermeiros que praticam este tipo de actividades (93,83%). Quando aplicamos o teste do Qui-Quadrado, observamos que a um valor da estatística de teste de 11,055, está associado um p-value de 0,003. Constatamos que é entre os inquiridos que desempenham actividades domésticas que se espera um maior número de prevalência de episódios de lombalgias.

Quando avaliamos a relação entre o QDLIQ e a prevalência de lombalgias, ao aplicarmos o teste T-student concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à variável Questionário de Dor lombar e Incapacidade de Quebec; (p-value<0,05) entre os inquiridos com prevalências

de lombalgias e sem prevalência de lombalgias. Verifica-se ainda que é entre os inquiridos que apresentam episódios de lombalgias que se registam, em média, os maiores valores para a variável mencionada

Também através da análise discriminante Stepwise pelo método "Wilks' Lambda", conclui-se que o QDLIQ (p-value =0,000) está a contribuir para a construção das funções discriminantes dos enfermeiros com episódios de lombalgias e sem episódios de lombalgias, no sentido de se puder através destas funções classificar novos indivíduos.

Assim aceita-se totalmente a hipótese formulada, uma vez que a variável QDLIQ apresenta relações estatisticamente significativas com a variável prevalência de lombalgias.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciam uma elevada prevalência de lombalgias nos últimos 12 meses nos enfermeiros (78,64%), sendo o sintoma mais frequentemente referido a dor mecânica que varia com a actividade física (68,93%), com uma intensidade, de acordo com a classificação da Escala Visual Numérica da Dor, moderada (58,75%), tempo de duração de um dia a uma semana (53,75%). Estes dados estão de acordo com a vasta literatura encontrada dos estudos efectuados (WHO, 2002; Fonseca, 2005) e que deixam bem clara a existência de lesões músculo-esqueléticas entre os enfermeiros.

Pode constatar-se que o risco de lombalgias nos enfermeiros deste estudo, similarmente à bibliografia consultada, está relacionado com vários factores, nomeadamente com o sexo feminino; a idade; o índice de massa corporal; a prática desportiva e a realização de actividades domésticas;

Assim, torna-se evidente neste estudo, a relação do risco de lombalgias com a profissão de enfermagem e que o facto de existir uma elevada prevalência de lombalgias pode também ser revelador de insuficiente atenção por parte de quem concebe o trabalho.

Contudo é de realçar alguns aspectos positivos nos enfermeiros deste estudo e que de acordo com a bibliografia consultada, poderão constituir frente à severidade dos episódios de lombalgias. De acordo com os estudos realizados, constatamos que a prevalência de lombalgias nos enfermeiros é bastante elevada, conduzindo a alterações das rotinas de trabalho e tarefas do quotidiano e ao aumento do absentismo laboral, social e gastos em saúde, devendo-se a uma multicausalidade. Assim, uma alteração aos estilos de vida, como a prática regular de exercício físico com vista ao fortalecimento muscular abdominal e lombar, tal como alterações ao nível das condições de trabalho tornam-se aspectos fundamentais na prevenção e tratamento das lombalgias.

Pois sabe-se que a actividade desportiva desenvolve o indivíduo, aumentando e desenvolvendo a sua força muscular (Brasileiro 2005), protegendo-o contra lesões e consequentemente conduzindo a situações de maior produtividade no

LOMBALGIAS E INCAPACIDADE FUNCIONAL NOS ENFERMEIROS

desenvolvimento da sua actividade profissional. Tal como constataram Tammelin et al. (2002) num estudo realizado na Finlândia, em que um elevado nível de aptidão física em jovens adultos contribuía para uma melhor aptidão física para o desenvolvimento de trabalho pesado.

World Health Organization (WHO) (2002). The world health report, reducing risks, promoting healthy life. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso, M., Carneiro, P. & Braga, A. C. (2007). Characterization of ergonomic issues and musculoskeletal complaints in a portuguese district hospital. In Proceedings of the International Symposium "Risks for Health Care Workers: prevention challenges", Atenas.

Baumann, A. (2007). Entornos de prática favorables: lugares de trabajo de calidad: atención de calidad al paciente: carpeta de herramienta de información y acción. Genebra: International Council of Nurses, ISBN 92-95040-82- 1, 75p

Brasileiro, V. (2005). Promoção da actividade física em meio laboral. In Saúde Desporto e Enfermagem. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde. ISBN 972-8485-48- 4.

Fonseca, M.R.F.T. (2005). Contributo para a avaliação da prevalência de sintomatologia músculo-esquelética auto-referida pelos enfermeiros em meio hospitalar. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Fortin, Marie Fabienne (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta

Garganta, R. & Chaves, C. (2007). Cuide da sua coluna vertebral. Iberfitness.

Moraes, E., Silva, M. & Pereira, J. (2003). A prevalência de lombalgia em capoeiristas do Rio de Janeiro. Revista de Fisioterapia Brasileira, 4 (5): 311-319.

Reneman, M.F., Jorritsma W., Schellekens J.M. & Goeken L.N. (2002). Concurrent validity of questionnaire and performance-based disability measurements in patients with chronic nonspecific low back pain. Journal of Occupational Rehabilitation, 12 (3): 119-129.

Serranheira, F. & Uva, A. (2007). Identificação e avaliação do risco de LMERT. In Colóquio Internacional Segurança e Higiene Ocupacionais. Guimarães: Escola de Engenharia, Universidade do Minho.

Tammelin, T., Näyhä, S., Rintamäki, H. & Zitting, P. (2002). Occupational physical activity is related to physical fitness in young workers. Finlândia: Oulu Regional Institute of Occupational health.

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO EM ENFERMEIROS: PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES59 N^o4 | REVISTA SERVIR | 2016 | 63 - 68**LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO EM ENFERMEIROS: PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES**
WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS IN NURSES: PREVALENCE AND DETERMINANTS FACTORS*Ana Cordeiro¹**Carlos Albuquerque^{2,3}**Ana Andrade²**Rosa Martins²**Madalena Cunha^{2,3}*¹Hospital Privado de Aveiro – Luz Saúde²CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu³CIEC, Universidade do Minho, Portugal**RESUMO****INTRODUÇÃO**

Os enfermeiros trabalham frequentemente num ambiente propício para desenvolvimento de LMELT.

OBJETIVO

Analisar a prevalência de LMELT de acordo com a natureza institucional dos enfermeiros em estudo, bem como analisar o efeito dos diferentes fatores de risco de desenvolvimento de LMELT na prevalência das mesmas.

MÉTODOS

Conceptualizamos um estudo de natureza quantitativa, de tipologia transversal e descritivo-correlacional, com recurso a uma amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 180 enfermeiros, 73,3% sexo feminino, 67% casados, 66% a trabalhar em instituição de natureza pública e com média de idades de 37,42 anos (dp=8,84). Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário de autopreenchimento, com a incorporação de uma ficha de caracterização sociodemográfica, familiar, laboral, comportamental e clínica e um referencial de mensuração da percepção do risco ocorrência de LMELT com base na adaptação do Questionário Nórdico Músculo-Esquelético.

RESULTADOS

A prevalência das LMELT nos enfermeiros não apresenta diferenças estatísticas significativas relativamente à natureza institucional. Porém observou-se uma proporção superior de LMELT nos indivíduos do sexo feminino, com idades superiores a 35 anos, casados, a contrato de trabalho e com tempos profissionais superiores a 5 anos. Também quem apresenta conhecimento da percepção do risco de desenvolvimento de LMELT e uso de equipamentos nos serviços como tábuas transferência, apresenta proporções menores da LMELT.

CONCLUSÕES

Estes resultados apontam para a necessidade de desenvolver diferenciadas estratégias na prevenção de LMELT, onde a intervenção do enfermeiro de reabilitação, em articulação com as equipas multidisciplinares, deve ser potencialmente promovida e implementada.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermeiros; Prevalência; Risco; Saúde ocupacional; Segurança no trabalho

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO EM ENFERMEIROS: PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES

ABSTRACT

INTRODUCTION

Nurses often work an environment for development of work-related musculoskeletal disorders (WMSDs).

OBJECTIVES

This study has focused on describing the prevalence of WMSDs in nurses according to the institutional nature of their providing care, and also analysing the determining factors associated with the prevalence of WMSDs within the nursing class, in order to substantiate the versatile intervention of the nurse specialised in rehabilitation.

METHODS

We have conceived a quantitative research study along with a cross-sectional study, and a descriptive/correlational study with recourse to convenience non-probability sampling composed of 180 nurses, 73.3 % of which are female, 67 % are married, and with an age average of 37.42 (SD=8.84). We have also used a self-completion questionnaire as a data collection tool with the inclusion of a form with social, demographic, family, work, behavioural, and clinical characterisation, and a risk perception measurement of WMSDs occurrence based on adaptation of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ).

INTRODUÇÃO

As lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) correspondem a estados patológicos do sistema músculo-esquelético, que surgem do desequilíbrio entre as solicitações mecânicas repetidas do trabalho e a capacidade de adaptação da zona corporal atingida, por insuficiência do tempo para a recuperação da fadiga (Ranney, 2000)I. Neste sentido, as LMELT não são assim entendíveis, apenas como um problema individual, mas também organizacional e social com custos incalculáveis, sendo as atividades sujeitas a movimentos repetitivos e posturas extremas, aplicação de força e vibrações, os fatores determinantes para o aparecimento e desenvolvimento de LMELT. Baumann (2007)II salienta que os trabalhadores de saúde sofrem mais lesões que outros profissionais apresentando, nomeadamente, elevados índices de distensões e luxações. Num estudo desenvolvido por Serranheira, Cotrim, Rodrigues, Nunes e Sousa-Uva (2012)III, os 2140 enfermeiros respondentes evidenciam uma elevada prevalência de LMELT, já que cerca

RESULTS

The prevalence of WMSDs on nurses does not display significant statistical differences regarding the institutional nature. However, the number of musculoskeletal conditions is higher on nurses who work under the Public Health System, in comparison to those who work under the private sector, with substantial differences towards the problems experienced within the last 12 months, 3.6 (SD=2.21) versus 2.54 (SD=2.26). Nevertheless, one does verify a higher proportion of WMSDs within female individuals, with ages above 35 years old, married or non-marital partnership, with a degree, and family members under their wing, with a BMI increase and health problems background, with work contract, work experience above 5 years, a fixed schedule, and workload higher than 35 hours. However, those who display a knowledge of the risk perception towards WMSDs development and the use of equipment in the service such as a long spine board, amongst others, display in turn lower proportions of WMSDs.

CONCLUSIONS

These results point towards the need to develop new WMSDs prevention strategies, in which the intervention of the rehabilitation nurse is crucial, alongside other multidisciplinary teams.

KEYWORDS

Nurses; Prevalence; Risk; Occupational health; Occupational safety

de 98% referem sintomatologia, pelo menos num segmento anatómico, sendo que 60,6% referem sintomatologia a nível da região lombar. Ainda de acordo com Jerónimo (2013)IV, num outro estudo em enfermeiros, verificou que cerca de 85% referiam a presença de queixa de LMELT, sendo que 67,5% evidenciavam a região lombar. Assim, de entre os profissionais de saúde, os enfermeiros trabalham frequentemente num ambiente propício a condições de carga física, bem como fatores de risco individuais, psicossociais, biomecânicos e organizacionais com potencial para desenvolvimento de LMELT. Partindo deste enquadramento, pretendemos com este estudo analisar a prevalência de LMELT de acordo com a natureza institucional dos enfermeiros em estudo, bem como analisar o efeito dos diferentes fatores de risco de desenvolvimento de LMELT na prevalência das mesmas.

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO EM ENFERMEIROS: PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES

MÉTODOS

Conceptualizamos um estudo de natureza quantitativa, de tipologia transversal e descritivo-correlacional, com recurso a uma amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 180 enfermeiros, 73,3% sexo feminino, 67% casados, 66% a trabalhar em instituição de natureza pública (CHBV) e com média de idades de 37,42 anos ($dp=8,84$). Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário de autopreenchimento, com a incorporação de uma ficha de caracterização sociodemográfica, familiar, laboral, comportamental e clínica e um referencial de mensuração da percepção do risco ocorrência de LMELT com base na adaptação do Questionário Nórdico Músculo-Esquelético.

RESULTADOS

No que concerne à existência de acidentes de trabalho, 53,4% dos enfermeiros do CHBV refere a sua existência, enquanto o HPA 30,6% ($res >1,96$). Contudo quando questionados se esse acidente vincula uma LMELT verifica-se que apenas 20,6% da amostra as menciona ($n= 37$), todavia, mais significativa para os enfermeiros do CHBV, ainda que sem significância estatística ($res. < 1,96$; cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra por local de trabalho segundo ocorrência de acidente de trabalho e LMELT

Local de Trabalho	CHBV		HPA		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	CHBV	HPA
Acidente Trabalho								
Sim	63	53,4	19	30,6	82	45,6	2,9	-2,9
Não	55	46,6	43	69,3	98	54,4	-2,9	2,9
	118	100,0	62	100,0	180	100,0		
LMELT								
Sim	26	22,3	11	17,7	37	20,6	0,7	-0,7
Não	92	78,0	51	82,3	143	79,4	-0,7	0,7
Total	118	100,0	62	100,0	180	100,0		

Do mesmo modo, quanto à prevalência das LMELT nos enfermeiros não se verificam diferenças estatísticas significativas relativamente à natureza institucional pública (CHBV) e privado (HPA). Contudo o número de problemas músculo-esqueléticos é superior nos enfermeiros que exercem funções no público, em comparação com os que exercem funções no privado, com diferenças significativas para os problemas experienciados nos últimos 12 meses, 3,6 ($dp=2,21$) vs. 2,54 ($dp= 2,26$) e para o impedimento profissional ($t= 2,978$; $p= 0,004$).

Podemos averiguar que, para todos os enfermeiros da amostra, cerca de 60,5% ($n= 107$) dos inquiridos afirmaram apresentar queixa sintomatológica músculo-esquelética nos últimos doze meses a nível da coluna cervical. Do mesmo modo 51,1%, a nível dos ombros ($n= 92$), 56,1% na coluna dorsal ($n= 101$) e 67,6% na coluna lombar ($n= 121$). Contudo, analisando a amostra quanto a natureza institucional verificam-se valores mais significativos

de existência de queixa para os enfermeiros do CHBV, a nível da coluna cervical, coluna dorsal, ombros, punhos/mãos e tornozelos pés ($res. \geq 1,96$).

Relativamente às determinantes sociodemográficas podemos constatar pelos resultados expressos na Tabela 2, que quanto ao género não se verificou nenhuma associação significativa com a LMELT, mas verifica-se uma maior proporção no sexo feminino (22,7 vs 14,6: OR 0,580; IC 95% 0,24; 1,43), nos enfermeiros mais velhos, com idades superiores a 36 anos (32,4 vs 15,1: OR 0,716; IC 95% 0,35; 1,49). O mesmo se verifica para o estado civil, sendo que são os enfermeiros solteiros a apresentar uma proporção de LMELT inferior relativamente aos restantes (12,8 vs 23,5; OR:0,477; IC 95% 0,19; 1,23). Do mesmo modo, apesar de não significativa, os indivíduos com menores habilitações literárias mostram uma maior proporção com o desenvolvimento de LMELT (22,2 vs 16,1; OR:1,486; IC95% 0,66; 3,32). O mesmo sucede com a existência de familiares a cargo, evidenciam uma maior proporção com o desenvolvimento de LMELT (23,1 vs 14,8; OR: 1,733; IC95% 0,76; 3,97), conforme Tabela 2.

Tabela 2 – LMELT e variáveis relativas a fatores sociodemográficos/familiares

Variáveis	LMELT		Sim		Não		Total	OR	IC 95%
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Género	Masculino	7	14,6	41	35,4	48	100,0	1	(0,24; 1,43)
	Feminino	30	22,7	102	77,3	132	100,0	0,580	
Idade	≤ 35 Anos	8	15,1	45	84,9	53	100,0	1	(0,35; 1,49)
	≥ 36 Anos	29	23,4	95	76,6	124	100,0	0,716	
Estado Civil	Solteiros	6	12,8	41	87,2	47	100,0	1	(0,19; 1,23)
	Casados, viúvos e divorciados	31	23,5	101	76,5	132	100,0	0,477	
Habilitações Literárias	Bacharelato e licenciatura	26	22,2	9	17,8	117	100,0	1	(0,66; 3,32)
	> pós-graduações	10	16,1	52	83,9	62	100,0	1,486	
Familiares a cargo	Sim	27	23,1	90	76,9	117	100,0	1	(0,76; 3,97)
	Não	9	14,8	52	85,2	61	100,0	1,733	

Relativamente aos fatores comportamentais e clínicos podemos constatar pelos resultados descritos na Tabela 3, que quanto ao IMC não se verificou associação significativa com a LMELT, no entanto verifica-se uma maior proporção nos indivíduos com pré-obesidade a obesidade III (21,0 vs 20,3; OR 0,962; IC 95% 0,45; 2,05). Da mesma forma, quem refere antecedentes patológicos apresenta proporções superiores de LMELT (26,8 vs 18,0; OR: 1,665; IC 95% 0,80; 3,46). O mesmo se verifica para a presença de antecedentes de saúde relacionados com suscetibilidade acrescida no risco de desenvolvimento de LMELT (31,7 vs 19,4; OR: 1,935; IC95% 0,64; 5,86), as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, má formação congénita, doenças do Sistema Nervoso e doenças do aparelho circulatório (Tabela 3).

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO EM ENFERMEIROS: PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES

Tabela 3 – LMELT e variáveis relativas a determinantes comportamentais e clínicas

	LMELT	Sim		Não		Total		OR	IC 95%
		n	%	N	%	N	%		
IMC	Baixo Peso a Normal	24	20,3	94	79,7	118	100,0	1	
	Pré-obesidade a Obesidade III	13	21,0	49	79,0	62	100,0	0,962	(0,45; 2,05)
	Sim	19	26,8	52	73,2	71	100,0	1	
	Não	18	18,0	82	82,0	100	100,0	1,665	(0,80;3,46)
Antecedentes de Saúde	Suscetibilidade > no risco de desenvolvimento de LMELT	13	31,7	28	68,3	41	100,0	1	
	Suscetibilidade no risco de desenvolvimento de LMELT	6	19,4	25	80,6	31	100,0	1,935	(0,64; 5,86)

No que se refere às determinantes laborais verificou-se não existir uma associação significativa com a LMELT relativamente à natureza institucional, contudo trabalhar no serviço público apresenta uma proporção maior de LMELT (22 vs 17,7; OR: 1,310; IC95% 0,60;2,87); e ainda para o tipo de vínculo à instituição verifica-se uma maior proporção nos indivíduos com vínculos de contrato (20,9 vs 17,4; OR: 1,256; IC95% 0,34;3,95), conforme demonstram os resultados expressos na Tabela 4. Quanto ao tipo de horário não se verificou associação significativa com a LMELT, todavia os enfermeiros em roulement apresentam uma proporção inferior de LMELT relativamente ao do semi-fixo e fixo (17,3 vs 22,0 vs 30,8; OR: 2,129; IC95%: 0,81;5,61). Quanto ao tempo de profissão não se verificou nenhuma associação significativa com LMELT, porém constata-se uma proporção superior de LMELT nos enfermeiros com mais anos de profissão, superiores a 5 anos (22,9 vs 4,5; OR: 0,160; IC95% 0,02; 1,23). Para a carga horária apesar de não se atestar nenhuma associação significativa com LMELT verifica-se um aumento significativo na proporção de LMELT associada a uma carga horária superior a 35 horas (20,6 vs 20,4; OR: 0,998; IC95% 0,44;2,23) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – LMELT e determinantes relativos a fatores laborais

	LMELT	Sim		Não		Total		OR	IC 95%
		n	%	N	%	N	%		
Hospital	Público	26	22,0	92	78,0	118	100,0	1	
	Privado	11	17,7	51	82,3	62	100,0	1,310	(0,60;2,87)
Vínculo Institucional	Contrato	32	20,9	121	79,1	153	100,0	1	
	Recibos verdes	4	17,4	19	82,6	23	100,0	1,256	(0,34; 3,95)
Tempo de profissional	≤ 5 anos	1	4,5	21	95,5	22	100,0		
	> 5 anos	36	22,9	121	77,1	157	100,0	0,160	(0,02; 1,23)
Horário	Fixo	8	30,8	18	69,2	26	100,0	1	
	Semi-Fixo	9	22,0	32	78,0	41	100,0	1,580	(0,52; 4,81)
	Roulement	19	17,3	91	82,7	110	100,0	2,129	(0,81; 5,61)
Carga Horária	≤ 35horas	10	20,4	39	79,6	49	100,0	1	
	> 35 horas	27	20,6	104	79,4	131	100,0	0,988	(0,44; 2,23)

No que se refere aos equipamentos existentes no trabalho verificou-se que apesar de não se comprovar nenhuma associação significativa com a LMELT, os enfermeiros que referem apresentar LMELT têm uma menor proporção de utilização dos seguintes equipamentos: dispositivos de elevação de doentes (20,2 vs 79,8; OR: 0,648; IC 95% 0,38; 1,84); cinto de transferência (23,5 vs 79,5; OR: 0,848; IC95% 0,26; 2,79); camas com trapézios (21,9 vs 78,1; OR: 0,794; IC95%:0,49, 2,59) e piso de chuveiro antiderrapante (22,0 vs 78,0; OR: 0,885; IC95% 0,39;2,02) (cf. Tabela 5). Porém, existem alguns equipamentos/ condições em que apesar de não se verificar uma associação significativa com a LMELT, os enfermeiros que referem não apresentar LMELT expressam uma maior proporção de utilização dos seguintes equipamentos: tábua de transferência (81,9 vs 76,6; OR: 1,387; IC95% 0,64;2,99); cadeiras sanitárias (80,7 vs 70,0; OR: 1,796; IC95% 0,72; 4,48); cadeira sanitária/rodas com apoio de braços amovíveis e pés amovíveis (79,0 vs 71,4; OR: 1,509; IC95% 0,59; 3,88; e 85,6 vs 70,7; OR: 1,724; IC95% 0,74; 4,02, respetivamente). Do mesmo modo, os enfermeiros que não referenciaram a LMELT expressam uma maior proporção de utilização dos seguintes equipamentos: camas, macas e marquesas possíveis de regular (80,8 vs 40,0; OR: 6,318; IC95% 0,83; 22,45); canadianas, tripés e andarilhos (79,8 vs 77,8; OR: 1,126; IC95% 0,49; 2,59) e macas nos corredores (83,8 vs 74,4; OR: 1,776; IC% 95 0,81; 3,90), conforme Tabela 5. Em relação às condições dos WC, os enfermeiros que não referem apresentar LMELT têm uma maior proporção de utilização dos seguintes equipamentos: barras de apoio no WC (78,6 vs 75,0; OR: 1,227; IC 95% 0,44; 3,42) e espaço no WC é suficiente para mover cadeiras de rodas/sanitárias (77,9 vs 76,6; OR: 1,080; IC 95% 0,49; 2,38) (cf. Tabela 5).

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO EM ENFERMEIROS: PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES

Tabela 5 – LMELT e condições/equipamentos de trabalho existentes

LMELT	Sim		Não		Total		OR	IC 95%	
	n	%	N	%	N	%			
Equipamentos	Não	12	17,4	57	82,6	69	100,0	1	(0,38; 1,84)
	Sim	20	20,2	79	79,8	99	100,0	0,832	
Cinto transferência	Não	30	20,7	115	79,3	145	100,0	1	(0,26; 2,79)
	Sim	4	23,5	13	76,5	17	100,0	0,848	
Tábua de transferência	Não	22	23,4	72	76,6	94	100,0	1	(0,64; 2,99)
	Sim	13	18,1	59	81,9	72	100,0	1,387	
Cadeiras sanitárias	Não	9	30,0	21	70,0	30	100,0	1	(0,72; 4,48)
	Sim	21	19,3	88	80,7	109	100,0	1,796	
Cadeiras sanitárias/rodas com apoios de braços amovíveis	Não	8	28,6	20	71,4	28	100,0	1	(0,59; 3,88)
	Sim	22	21,0	83	79,0	105	100,0	1,509	
Cadeiras sanitárias/rodas com apoios de pés amovíveis	Não	12	29,3	29	70,7	41	100,0	1	(0,74; 4,02)
	Sim	18	19,4	75	85,6	91	100,0	1,724	
Camas, macas e marquês reguladas	Não	3	60,0	2	40,0	5	100,0	1	(1,02; 39,35)
	Sim	33	19,2	139	80,8	172	100,0	6,318	
Camas/macacões com grades	Não	3	50,0	3	50,0	6	100,0	1	(0,83; 22,45)
	Sim	31	18,8	134	81,2	165	100,0	4,323	
Camas com trapézios	Não	10	18,2	45	81,8	55	100,0	1	(0,34; 1,84)
	Sim	21	21,9	75	78,1	96	100,0	0,794	
Canadianas, tripés e andaihos	Não	12	22,2	42	77,8	54	100,0	1	(0,49; 2,59)
	Sim	17	20,2	67	79,8	84	100,0	1,126	
Barras de apoio WC	Não	6	25,0	18	75,0	24	100,0	1	(0,44; 3,42)
	Sim	25	21,4	92	78,6	117	100,0	1,227	
Macas no corredor	Não	22	25,6	64	74,4	86	100,0	1	(0,81; 3,90)
	Sim	12	16,2	62	83,8	74	100,0	1,776	
Obstáculos inamovíveis no WC	Não	23	24,5	71	75,5	94	100,0	1	(0,67; 3,65)
	Sim	9	17,3	43	82,7	52	100,0	1,548	
O espaço do WC é suficiente para mover cadeiras (roda/sanitárias)	Não	15	23,4	49	76,6	64	100,0	1	(0,49; 2,38)
	Sim	17	22,1	60	77,9	77	100,0	1,080	
Piso chuveiro antiderrapante	Não	16	20,0	64	80,0	80	100,0	1	(0,39; 2,02)
	Sim	13	22,0	46	78,0	59	100,0	0,885	

No que se refere ao fator do conhecimento da percepção do risco, verificou-se não existir uma associação significativa com a LMELT, porém verifica-se uma proporção menor de LMELT em quem refere o conhecimento (80,5 vs 19,5; OR: 0,565; IC 95% 0,20; 1,59).

Analisando a opinião dos enfermeiros em relação a atividade e posturas que podem contribuir para o desenvolvimento da LMELT verificou-se que, apesar de não se verificar uma associação estatística significativa com a LMELT, os enfermeiros que não apresentam LMELT apresentam uma maior proporção de intervenções que adotam para diminuir a carga física: procuram melhorar a postura (79,6 vs 76,9; OR: 1,174; IC95% 0,31; 4,5); param de trabalhar e fazem uma pausa (87,7 vs 79,2; OR: 1,577; IC 95% 0,18; 13,52); utilizam equipamentos auxiliares (82,3 vs 76,2; OR: 1,452; IC 95% 0,70; 3,00); procuram alterar o tipo de atividade de trabalho (80,0 vs 79,3; OR: 1,043; IC95% 0,42; 2,62), de acordo com os resultados descritos na tabela 6.

Tabela 6 – Atividades e posturas que podem contribuir para desenvolvimento de LMELT

LMELT	Sim		Não		Total		OR	IC 95%	
	n	%	n	%	N	%			
Atividades	Não	3	23,1	10	76,9	13	100	1	(0,31;4,5)
	Sim	34	20,4	133	79,6	167	100	1,174	
Procura melhorar a postura	Não	9	15,5	49	84,5	58	100	1	(0,27;1,41)
	Sim	28	23,0	94	77,0	122	100	0,617	
Orienta o doente para técnicas de autonomia	Não	4	19,0	17	81,0	21	100	1	(0,28;2,85)
	Sim	33	20,8	126	79,2	159	100	0,898	
Solicita o auxílio de colega/colaborador	Não	30	19,5	124	80,5	154	100	1	(0,25;1,71)
	Sim	7	26,9	19	73,1	26	100	0,657	
Diminui o uso de técnicas manuais	Não	36	20,8	137	79,2	173	100	1	(0,18;13,52)
	Sim	1	14,3	6	87,7	7	100	1,577	
Pára de trabalhar e faz uma pausa	Não	20	23,8	64	76,2	84	100	1	(0,70;3,00)
	Sim	17	17,7	79	82,3	96	100	1,452	
Utiliza equipamentos auxiliares	Não	30	20,7	115	79,3	145	100	1	(0,42;2,62)
	Sim	7	20,0	28	80,0	35	100	1,043	

Todavia os enfermeiros que apresentam LMELT apresentam uma menor proporção de intervenções que adotam para diminuir a carga física, como por exemplo: orientar o doente para técnicas de autonomia (77,0 vs 23,0; OR: 0,617; IC95% 0,27; 1,41); solicitar o auxílio de colegas/colaboradores (79,2 vs 20,8; OR: 0,898; IC95% 0,28; 2,85) e diminuir o uso de técnicas manuais (73,1 vs 26,9; OR: 0,657; IC95% 0,25;1,71).

DISCUSSÃO

Concluimos que o número de problemas músculo-esqueléticos é superior nos enfermeiros que exercem funções no CHBV, em comparação com os que exercem funções no HPA, com diferenças significativas para os problemas experienciados nos últimos doze meses, 3,6 (dp= 2,21) vs 2,54 (dp= 2,26) respectivamente; e ainda para o impedimento profissional 1,54 (dp=2,28) vs 0,31 (dp=0,75), para o CHBV e HPA respectivamente. Verificamos que a nível público e privado existem algumas diferenças a nível dos vários fatores em estudo. Assim, observou-se uma proporção superior de LMELT nos indivíduos do sexo feminino, com idades superiores a 35 anos, casados ou em união de fato, com o grau de licenciatura e com familiares a cargo, com aumento do IMC e antecedentes de saúde, a contrato de trabalho, com tempos profissionais superiores a 5 anos, horário fixo e carga horária superior a 35 horas. Por outro lado, quem apresenta conhecimento da percepção do risco de desenvolvimento de LMELT e uso de equipamentos nos serviços como tábuas transferência, apresenta proporções menores da LMELT. Deste modo, o importante é salientar que a prevalência das queixas sintomatológicas músculo-esqueléticas é elevada, pois os enfermeiros, apesar de referirem ter conhecimentos da percepção do risco de desenvolvimento de LMELT, quando questionados

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO EM ENFERMEIROS: PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES

sobre a existência da LMELT não a referem, mas posteriormente referem a queixa sintomatológica, o que demonstra que ainda é uma área que necessita de esclarecimentos e desenvolvimento teórico-prático sobre a lesão músculo-esquelética enquanto doença profissional.

No que diz respeito às queixas sintomatológicas obtidas através do QNM podemos averiguar que, para todos os enfermeiros da amostra, cerca de 67,6% (n= 121) dos inquiridos afirmaram apresentar queixa sintomatológica músculo-esquelética nos últimos doze meses a nível da na coluna lombar (n= 121), valores semelhantes a Fonseca (2005)V; Martins (2008) VI; Serranheira, Cotrim, Rodrigues, Nunes e Sousa-Uva (2012)III e Jerónimo (2013)IV.

CONCLUSÕES

De acordo com os valores elevados de sintomatologia encontrados verifica-se uma necessidade de melhorar as estratégias de prevenção individuais, biomecânicas, organizacionais e psicossociais provavelmente instituídas. Portanto urge continuar a investigação através de desenhos metodológicos adequados para promover uma prática baseada em evidência e encontrar respostas mais concretas para otimizar processos educativos que promovam a prevenção do desenvolvimento de LMELT, assim que deste modo a prevenção das LMELT passe a ser umas das principais linhas mentoras nas instituições de trabalho e/ou educativas. Assim, estes resultados apontam para a necessidade de desenvolver novas e diferenciadas estratégias na prevenção de LMELT, onde a intervenção do enfermeiro de reabilitação, em articulação com as equipas multidisciplinares, deve ser potencialmente promovida e implementada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. Ranney, D. (2000). Distúrbios osteomusculares crónicos relacionados ao trabalho. São Paulo: Editora Roca.

II. Baumann, A. (2007). Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = Cuidados de qualidade. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros. Retirado em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf.

III. Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C. & Sousa-Uva, A. (2012). Lesões Músculo-esqueléticas Ligadas ao Trabalho em Enfermeiros Portugueses «Ossos de Ofício» ou Doenças Relacionadas com o Trabalho? Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30(2), pp.193-203.

IV. Jerónimo, J. M. A. (2013). Estudo da prevalência e fatores de risco de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

V. Fonseca, M. R. F .T. (2005). Contributo para a avaliação da prevalência de sintomatologia musculoesquelética auto-referida pelos enfermeiros em meio hospitalar. Porto: Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

VI. Martins, J. M. C. (2008). Percepção do risco de desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas em actividades de enfermagem. Braga: Escola de Engenharia da Universidade do Minho.

HUMOR E O STRESSE DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

59 N°4 | REVISTA SERVIR | 2016 | 69 - 74

HUMOR E O STRESSE DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA
HUMOR AND STRESS OF NURSES WHO CAREGIVERS PEOPLE WITH END OF LIFE*Maria Santos¹**Helena José²**Manuel Capelas³*¹CHLN- Hospital de Santa Maria²Escola de Saúde Multiperfil, Luanda³Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa**RESUMO****INTRODUÇÃO**

Os enfermeiros, particularmente os que cuidam com pessoas em fim de vida, são expostos diariamente a múltiplos fatores de stresse, já que contactam no seu quotidiano com a morte, o sofrimento e as emoções negativas associadas a este período particular. A evidência científica tem vindo a demonstrar que o humor pode constituir uma estratégia eficaz na gestão do stresse ocupacional, podendo estar a ser utilizado pelos profissionais para seu próprio benefício. Neste sentido, parece particularmente interessante estudar a relação existente entre o sentido de humor e o nível de stresse destes profissionais através da aplicação de instrumentos de avaliação e análise adequados.

OBJETIVO

Estabelecer a existência de relação entre o sentido de humor e o nível de stresse dos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida e estudar as características desta relação.

MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo do tipo correlacional que teve início na aplicação de um formulário online, composto por uma escala de avaliação do sentido de humor (MSHS) (José, 2008), uma escala de avaliação do nível de stresse (NSI) (Fernandes, 1996) e um questionário sociodemográfico. Foi reunida uma amostra de 61 sujeitos que respeitam critérios de seleção previamente definidos. A análise dos resultados foi conduzida a partir do programa informático de estatística SPSS, versão 20.

RESULTADOS

Os sujeitos evidenciaram stresse em várias situações inerentes ao quotidiano laboral. Revelam uma forte aceitação e apreciação do humor. A um aumento do nível de stresse corresponde um aumento do sentido de humor.

CONCLUSÕES

O sentido de humor surgiu no estudo como resposta humana ao stresse. Os sujeitos utilizam o sentido humor como estratégia para gerir o stresse ocupacional.

PALAVRAS-CHAVE

Humor; Stress; Enfermeiros; Fim de vida

HUMOR E O STRESSE DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

ABSTRACT

INTRODUCTION

Nurses are one of the most exposed professional group to stressors, namely those who provide end of life care due to their daily contact with death, bad emotions and suffer. There is scientific evidence that humor may constitute an incisive coping strategy in the management of occupational stress that can be used by professionals for their own benefit. The analysis of the relationship between humor and the stress level requires the exploitation of characteristics like the magnitude and orientation thereof using appropriate tools of evaluation.

OBJECTIVES

Establish the relationship between Humor and Stress in the workplace of nurses who provide end of life care. Define the nature of this relationship in terms of its magnitude and orientation.

METHODS

Correlational Study. Data collection began with an online form – containing a social-demographic survey and both Portuguese translations of Multidimensional Sense of Humor Scale (José, 2008) and Nurse Stress Index (Fernandes, 1996) – to 61 nurses who care for end of life patients. Data analysis was conducted using the statistical software SPSS, version 20.

INTRODUÇÃO

Múltiplos são os fatores de stresse associados às atividades e às situações impostas pelo quotidiano, pelo que parece ser impossível existir num ambiente inteiramente desprovido de stresse.

O contexto de trabalho, no global, é um meio propício ao desenvolvimento de stresse, o que de uma forma não controlada e prolongada no tempo pode constituir um problema. Os profissionais de saúde têm vindo a ser enquadrados nos grupos mais dispostos aos efeitos prejudiciais do stresse devido às características particulares da sua profissão, nomeadamente o trabalho por turnos, as oscilações na carga de trabalho e o contacto com o sofrimento e a dor, entre outros. Os enfermeiros, especificamente, lidam com situações de tensão emocional despoletadas pelo contacto direto e continuado com o sofrimento e as necessidades das pessoas doentes e seus familiares que, associadas a flutuações na carga de trabalho e em alguns casos a uma preparação inadequada, promovem o desgaste físico e psicológico (Gonçalves, 2013).

Esta evidência é transversal a vários contextos de atuação dos enfermeiros como: emergência pré-hospitalar, cuidados

RESULTS

The results of this study demonstrates that individuals experience stress in several situations linked to work environment and reveal a strong acceptance and appreciation of humor.

CONCLUSIONS

An increase in the stress level led to a growth in sense of humor. Therefore, it can be seen that nurses who care for end of life patient's appeal to sense of humor as a strategy to manage stressful situations that they face in their everyday labor.

KEYWORDS

Humor, Coping, Stress, Nurses and End of Life.

intensivos, perioperatório, cuidados paliativos entre outros. Porém, existem elementos específicos a cada um destes ambientes que podem potenciar uma sobrecarga nos profissionais e condicionar uma experiência de stresse de forma mais ou menos intensa e prolongada. A singularidade do trabalho com pessoas em fim de vida desencadeia sentimentos de medo, ansiedade, frustração e impotência quer para quem o vivencia, quer para quem partilha essa experiência. Determinante neste período da vida é o papel do enfermeiro como facilitador do processo de transição dos doentes e das suas famílias, além do apoio evidente na satisfação das suas necessidades que, nesta fase, dependem fundamentalmente de terceiros. Estudos desenvolvidos na área dos cuidados paliativos divulgam a sobrecarga de stresse a que os enfermeiros estão diariamente sujeitos e evidenciam a necessidade imperativa do desenvolvimento de estratégias para gerir estas situações acautelando os efeitos que, a longo prazo, poderiam vir a resultar em prejuízo para o seu bem-estar físico e psicológico e envolver repercussões económicas marcantes para as entidades empregadoras.

Na literatura encontra-se menção a várias estratégias de gestão

HUMOR E O STRESSE DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

de stresse identificadas e utilizadas pelos profissionais de saúde. Destas, destaca-se o humor, já que os benefícios (ao nível psicológico, fisiológico e social) associados ao seu uso intencional têm vindo a ser progressivamente legitimados. Intimamente ligado ao aumento do bem-estar e da saúde, o seu papel como estratégia de gestão do stresse é atualmente reconhecido como uma medida efetiva quando utilizada pelos enfermeiros.

Percebe-se, então, que no atual cenário de produção de conhecimento científico pelas ciências de enfermagem, a evidência teórica e a evidência empírica suportam a existência de uma correlação entre o sentido de humor e o nível de stresse que é experienciado pelos enfermeiros. Importa, portanto, estudar a natureza desta relação em termos de magnitude e orientação. A análise desta relação, no contexto do cuidado com pessoas em fim de vida, assume especial relevância uma vez que as particularidades destes cuidados submetem os profissionais de saúde a diversos fatores de stresse. Acresce, ainda, o facto de existir uma evidente necessidade de produção de conhecimento científico nesta área.

Neste sentido, desenvolveu-se a presente investigação sobre a correlação existente entre o sentido de humor e o nível de stresse experienciado pelos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida. Segue uma abordagem de natureza quantitativa que se encontra operacionalizada por um estudo do tipo correlacional, envolvendo a metodologia mais apropriada para responder à questão de investigação e atingir os objetivos estipulados. Pretende-se, portanto, determinar a existência de uma relação entre as duas variáveis selecionadas, sentido de humor e nível de stresse, explorando a forma como esta se processa.

MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo assente numa abordagem quantitativa do tipo correlacional sobre o sentido de humor e o nível de stresse da amostra. As variáveis não são aleatórias, foram escolhidas pela possibilidade de existir uma relação entre as duas e pela pertinência do estudo desta relação em termos da sua magnitude e orientação. Desta forma, o sentido de humor surge como variável independente e o nível de stresse como variável dependente. A questão que conduziu a investigação foi: *Qual a relação existente entre o sentido de humor e o nível de stresse experienciado por enfermeiros, que cuidam com pessoas em fim de vida?*

Pretende-se, estabelecer a relação entre o sentido de humor e o nível de stresse experienciado por enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida. Determinar a natureza desta relação em termos da sua magnitude e orientação.

Um estudo correlacional assenta em proposições teóricas que predizem alguns aspetos da natureza da interação entre as duas variáveis, as hipóteses. Mediante os resultados obtidos existirão hipóteses que serão confirmadas e outras contrariadas.

Tabela 1 - Hipóteses de Investigação

Hipótese Central	Existe uma relação entre o sentido de humor e o nível de stresse experienciado pelos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida
Hipótese 1	A um aumento do nível de stresse corresponde um aumento do sentido de humor
Hipótese 2	A um aumento do nível de stresse corresponde uma diminuição do sentido de humor

A seleção da amostra assenta em critérios previamente estipulados que permitem definir as particularidades inerentes e consequentemente garantir a sua homogeneidade.

Tabela 2 - Critérios de seleção da amostra

Critérios de Seleção	
Inclusão	Exclusão
Enfermeiros que trabalhem com pessoas em fim de vida (contacto direto com a pessoa);	Outros profissionais de saúde;
Enfermeiros que não trabalham com pessoas em fim de vida;	
Experiência profissional igual ou superior a 2 anos;	Experiência profissional inferior a 2 anos;
Capacidade para ler e escrever em português.	Sem capacidade para ler e/ou escrever em português.

Considerando os critérios estipulados e o método de seleção utilizado, compôs-se uma amostra acidental com um total de 61 enfermeiros que trabalham em unidades/equipas de cuidados paliativos no território de Portugal continental.

A colheita de dados foi conduzida através do preenchimento, anónimo, de um formulário *online*, divulgado em unidades de cuidados paliativos, numa associação portuguesa de cuidados paliativos e a um grupo de alunos de mestrado em cuidados paliativos. O formulário compunha-se de um questionário sociodemográfico (para caracterização da amostra) e de dois instrumentos de medida. O instrumento selecionado para medir o sentido de humor foi a Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS) originalmente desenvolvida por Thorson e Powell em 1993 e adaptada à população portuguesa por José e Parreira em 2008. Esta versão teve um *alfa de Cronbach* de 0.92 e é constituída por 24 itens. Apresentada sob a forma de escala de *Likert* de 5 pontos, onde 5 – concordo totalmente e 1 – discordo totalmente. A MSHS pretende avaliar quatro *dimensões/fatores* do humor: *Produção e uso social do humor*, *Humor adaptativo*, *Atitude pessoal face ao humor* e *Apreciação do humor*. Da sua validação para a população portuguesa surgiu ainda uma quinta dimensão como variação estrutural, a qual foi designada pelos autores como *Objecção* ao uso do humor (José, 2008).

Na origem da seleção deste elemento esteve a opção por uma escala que:

HUMOR E O STRESSE DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

- Contemplasse a avaliação das diversas dimensões do humor, especificamente o humor como estratégia de coping – evitando o uso inapropriado de escalas de medida inespecíficas.
- Estivesse traduzida e validada para a população portuguesa, permitindo a sua aplicação imediata.

O instrumento de medida escolhido para avaliação do stresse foi a Nurse Stress Index (NSI), versão 1.1. Desenvolvida por Philip Harris em 1989, apresentou na sua versão original um *alfa de Cronbach* de 0,919. Em Portugal, foi traduzida e adaptada por Fernandes em 1996 para o desenvolvimento do estudo sobre a *Avaliação do stresse nos enfermeiros em cuidados intensivos* (Fernandes, 1996).

Composta por um total de 30 itens, avalia o grau de pressão a que os inquiridos estão sujeitos em cada situação através de uma escala de *likert* de 5 pontos, cujas correspondências se apresentam de seguida: 5 (Muita pressão), 4 (Bastante pressão), 3 (Moderada pressão), 2 (Pouca pressão), 1 (Nenhuma pressão). Demonstra valores teóricos mínimos de 30, máximos de 150 e médios de 90.

A versão portuguesa desenvolvida por Fernandes foi dividida em seis subescalas: *Gestão da carga de trabalho I e II; Apoio e envolvimento organizacional; Lidar com os doentes e familiares; Conflitos casa/trabalho; Competência e confiança no papel.*

A escolha deste instrumento de avaliação do stresse teve por base a satisfação dos seguintes critérios:

- Compreender a avaliação do stresse relacionado com o local de trabalho;
- Ser um instrumento especificamente elaborado para enfermeiros (dada a especificidade inerente ao contexto em que desempenham as suas funções);
- Estar traduzido e validado para a população portuguesa, de modo a proceder à aplicação imediata.

Os valores obtidos na colheita de dados foram codificados e sintetizados numa base de dados a partir do programa informático de análise estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0.

A análise foi concebida em duas fases, descritiva e inferencial. Na primeira fase, para caracterizar a amostra em termos sociodemográficos foram apresentados valores absolutos e percentuais. Na caracterização do sentido de humor e do nível de stresse recorreu-se ao cálculo de percentagens de sucesso para o mínimo, máximo e mediana, visto que se trata de analisar valores obtidos em escalas ordinais. Apresentam-se também os valores médios calculados para efeitos de comparação com outros estudos.

Na segunda fase, o estudo das correlações foi desenvolvido com recurso ao teste não paramétrico de Spearman, dado que não foi possível garantir os critérios exigidos pelos testes paramétricos pois as variáveis são maioritariamente ordinais.

RESULTADOS

1. ASPETOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA

Na tabela 3 apresenta-se uma síntese dos aspectos que caracterizam sociodemograficamente a amostra em estudo.

Tabela 3 – Aspectos sociodemográficos da amostra (n=61)

Género	88,5% Feminino
Faixa Etária	57,4% [20-30] anos
Formação Académica	50,8% Licenciatura
Categoria Profissional	93,4% Enfermeiro Generalista
Experiência Profissional	68,9% [2-10] anos
Local de Trabalho	41% Sul; 31,1% Centro; 27,9% Norte

2. O STRESSE INERENTE AO CUIDAR COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

Os resultados obtidos para cada subescala da NSI apresentam-se na tabela 4. Da sua interpretação, constata-se que níveis mais ou menos elevados de stresse surgem transversalmente às situações impostas pelo quotidiano laboral. Os aspectos apontados como promotores de maior nível de stresse enquadram-se na subescala referente ao apoio e envolvimento organizacional e dizem respeito a aspectos específicos como a desvalorização das motivações e opiniões dos inquiridos. A confiança e competência no desempenho, bem como carga de trabalho, foram identificados como aspectos igualmente stressantes. Importa ressaltar que, relativamente à carga de trabalho, os inquiridos apontaram maioritariamente a escassez de recursos como causa de stresse em detrimento da pressão relativa ao tempo.

Tabela 4 – Percentagens de sucesso obtidas para cada subescala da NSI (n=61)

Variável	Mediana
1. Gestão da carga de Trabalho	45%
• Pressão Relativa ao Tempo	40%
• Recursos insuficientes para completar as tarefas	50%
2. Apoio e envolvimento organizacional	55%
3. Lidar com pacientes e familiares	40%
4. Conflitos casa/trabalho	35%
5. Confiança e competência no desempenho	45%
NSI total	44%

3. O SENTIDO DE HUMOR DOS PROFISSIONAIS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

Na tabela 5, apresentada abaixo, reúnem-se os resultados obtidos para cada fator da MSHS. De acordo com os dados obtidos verifica-se que os inquiridos demonstram uma forte aceitação e apreciação do humor e uma fraca objeção ao seu uso. Valorizam a componente adaptativa do humor, importante na gestão do stresse. Evidenciam também capacidade de produzir e partilhar humor, porém fazem uma baixa avaliação

HUMOR E O STRESSE DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

desta sua competência.

Tabela 5 – Percentagens de sucesso obtidas para cada fator da MSHS (n=61)

Variável	Mediana
Fator I: Produção e uso social do humor	60,4%
Fator II: Humor adaptativo	75,0%
Fator III: Objeção ao uso do humor*	91,7%
Fator IV: Atitude pessoal face ao humor*	100,0%
Fator V: Apreciação do humor	100,0%
MSHS total	69,8%

4. A RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE O SENTIDO DE HUMOR E O NÍVEL DE STRESSE ASSOCIADOS AO CUIDAR COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

O coeficiente de correlação obtido, através da aplicação do teste não paramétrico de *Spearman*, entre o sentido de humor e o nível de stresse dos inquiridos é apresentado na tabela 6. A interpretação do valor comprova a existência de uma correlação positiva e imperfeita, que é significativa.

Tabela 6 – Correlação de Spearman

Correlação de Spearman	Nível de Stresse	
Sentido de Humor	rs	0,358
	p	0,005

Legenda: rs – rho de Spearman; p – significância

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os resultados obtidos da aplicação do questionário sociodemográfico levam a concluir que a amostra é composta, na sua generalidade, por elementos do género feminino, na faixa etária dos 20 aos 30 anos, com formação académica ao nível da licenciatura, que prestam cuidados como enfermeiro generalista e que exercem a sua actividade profissional há pelo menos dois anos, maioritariamente no sul do país. Estes valores são referentes a uma pequena amostra que não é representativa da população. Ainda assim, estão em consonância com a realidade a profissão em Portugal Continental, documentada em estudos científicos desenvolvidos nos últimos anos e pelos dados estatísticos mais recentes da Ordem dos Enfermeiros e do Instituto Nacional de Estatística.

No global, os sujeitos afirmaram sentir stresse nas diversas situações impostas pelo quotidiano laboral dos cuidados paliativos. O apoio e o envolvimento organizacional, bem como a carga de trabalho, especificamente a carência de recursos para completar as tarefas foram apontados como principais fatores de stresse. O maior nível de stresse foi sentido perante as determinações superiores que são executadas sem o consentimento dos sujeitos e refere-se à área do apoio e envolvimento organizacional. Os sujeitos consideram que a

desvalorização pelas suas motivações e opiniões representa um dos aspetos mais preponderantes como causa de stresse. Relativamente à carga de trabalho, é possível inferir que o stresse é mais sentido ao nível das flutuações na carga de serviço e da escassez de recursos essenciais. Outros estudos corroboram estes resultados, apontando as flutuações na carga de trabalho e a falta de recursos humanos, materiais e de tempo como os principais fatores causadores de stresse (Gonçalves, 2013). Esta maior ponderação atribuída à carga de trabalho pode, também, justificar-se pelas características do mesmo. Como referido anteriormente, o contacto diário com o sofrimento, a morte e as exigências decorrentes dos cuidados paliativos podem constituir fatores promotores de stresse para os enfermeiros.

Importa contextualizar estes resultados no panorama atual da profissão em Portugal. Trata-se de um período de crise no qual as instituições reduziram o número de contratações, pelo que a falta de recursos humanos é sentida nos diversos setores da saúde. Os enfermeiros consideram que a profissão é pouco reconhecida e valorizada e encontram-se descontentes com a impossibilidade de progredir na carreira e obter uma remuneração justa (Frederico-Ferreira & Silva, 2012).

No concerne ao sentido de humor, os sujeitos evidenciaram uma forte aceitação e apreciação do humor, detendo, conseqüentemente, uma fraca objeção ao uso do humor. O uso da componente adaptativa do humor e a sua produção e uso social são também dimensões fortemente presentes na amostra. Estas conclusões são corroboradas pelos resultados dos estudos, desenvolvidos anteriormente, ao nível nacional.

Embora a produção e o uso social do humor correspondam à dimensão onde os inquiridos menos pontuaram, é possível inferir que estes demonstram capacidade para produzir piadas e histórias engraçadas e para verbalizá-las fazendo outras pessoas rir. Contudo, fazem uma baixa avaliação da sua capacidade para entreter os amigos e não sentem que as outras pessoas esperam que eles digam coisas engraçadas. Existe a possibilidade deste fenómeno evidenciar uma característica específica da herança cultural portuguesa, que se caracteriza pelo facto de as pessoas tenderem a agir com sentido de humor em situações informais e simultaneamente negarem a sua importância nos contextos formais (José, 2008). Ainda assim, a diminuta autoavaliação das capacidades humorísticas, referida acima, parece não ser exclusiva da população portuguesa. Um estudo norte-americano demonstrou uma realidade semelhante, na qual alguns participantes expuseram a sua incapacidade para recordar algum momento em que tivessem usado o humor no local de trabalho (Wanzer, Booth-Butterfield, & Booth-Butterfield, 2005). Este estudo vem comprovar o poder adaptativo do sentido de humor para este grupo e neste contexto específico. Os dados obtidos com a aplicação da versão traduzida da MSHS mostram que os inquiridos concordam que este pode ser usado para lidar com situações difíceis e conseqüentemente para gerir o stresse, apontando-o como uma elegante forma de adaptação. O resultado do teste de Spearman, previamente apresentado,

HUMOR E O STRESSE DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM COM PESSOAS EM FIM DE VIDA

permitted to conclude that there is a significant correlation between the level of stress and the sense of humor. This correlation is positive, which indicates that when there is an increase in the level of stress, there is simultaneously an increase in the sense of humor. Inferred from these data that the subjects seek the sense of humor in hostile situations using their adaptive power to manage the stress that is imposed by their daily work. This relationship had already been studied, by various authors, with populations and contexts distinct. The sense of humor is described as a tool that can be used to break the ice in stress situations, since humorous situations would counteract the effect of previous ones potentiating a improvement in disposition and in the emotional state of the people, individually, and in groups (Rickman & Waybright, 2006).

The main idea that resurges from the analysis and discussion of the data obtained in the present study and that agrees with the actual investigation about the same problem is that humor seems to arise as a human response to stress.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José, H. e. Parreira, P. (2008). *Adaptação para Português da Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS)*. Revista Referência, 2, pp. 7-18.

Fernandes, M. (1996). *Avaliação do stress nos enfermeiros de cuidados intensivos*. Coimbra: Faculdade de Medicina.

Frederico-Ferreira, M., & Silva, C. (2012). *Reformas da gestão na saúde - desafios que se colocam aos enfermeiros*. Revista de Enfermagem Referência, III Série(8).

Gonçalves, A. (2013). *Gestão do stress em enfermeiros perioperatórios*. Dissertação de Mestrado, Associação de Politécnicos do Norte (APNOR) - Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

Rickman, C., & Waybright, L. (2006). *Humor - It Works!* Extension Service West Virginia University, USA.

Wanzer, M., Booth-Butterfield, M., & Booth-Butterfield, S. (2005). *"If we didn't use humor, we'd cry"*: Humorous coping communication in health care settings. Journal of Health Communication(10), pp. 105-125.

RISCOS PARA A IDENTIDADE DE ENFERMEIROS DECORRENTES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

59 N°4 | REVISTA SERVIR | 2016 | 75 - 79

RISCOS PARA A IDENTIDADE DE ENFERMEIROS DECORRENTES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO
RISKS ARISING OF WORK CONDITIONS IN NURSES' IDENTITY

Rita Fernandes
 Fátima Pereira
 Beatriz Araújo

Universidade Católica Portuguesa
 CIIS-Centro de Investigação Interdisciplinar de Ciências da Saúde
 Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

RESUMO**INTRODUÇÃO**

Os enfermeiros apresentam níveis elevados de burnout com consequências para a identidade destes profissionais do cuidar e para a qualidade dos cuidados.

OBJETIVO

Analisar o modo como os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados se posicionam perante as adversidades e desafios da sua identidade.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, baseada na Teoria Ego-ecológica de Zavalloni. Aplicou-se o Inventário de Identidade Psicossocial e entrevistas a 6 enfermeiros, com uma amostra não probabilística por redes.

RESULTADOS

Os enfermeiros estão sujeitos a riscos específicos, mas também a riscos muito idênticos de condições objetivas (renumeração, más condições físicas, sobrecarga de trabalho), ou de riscos psicossociais (desorganização, dependência, mau relacionamento de equipa, natureza dos cuidados, não reconhecimento social), com predominância nos riscos psicossociais.

CONCLUSÕES

Verificou-se uma ligeira diferenciação na identidade profissional nestes contextos de trabalho que se prende com a visão da natureza dos cuidados prestados, com riscos e desmotivações muito idênticos. No entanto, os aspetos apontados como negativos podem ser corrigidos e tornarem-se fontes de desafio profissional.

PALAVRAS CHAVE

Riscos; Trabalho; Enfermeiros.

ABSTRACT**OBJECTIVE**

Understand how nurses in primary and hospital care, position themselves in the face of adversity and challenges of their identity.

METHODS

Qualitative research, based on Ego-ecology of Zavalloni theory. It was applying a Psychosocial Identity Inventory and interviews to six nurses, with a non-probabilistic sample by networks.

RESULTS

Nurses are subject to specific risks, but also the very same risks either objective conditions (salary, poor physical conditions, workload) or psychosocial risks (disorganization, dependency, poor team relationship, nature of care, no social recognition), mainly for psychosocial risks.

CONCLUSION

There was a slight difference in the professional identity in these work contexts that relates to the view of the nature of care with very similar risks and demotivation. However, the aspects identified as negatives can be corrected and becoming sources of professional challenge.

KEYWORDS

Work; Nurses; Identity.

RISCOS PARA A IDENTIDADE DE ENFERMEIROS DECORRENTES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros em Portugal encontram-se predominantemente em dois tipos de contextos: nos cuidados de saúde primários e nos cuidados de saúde diferenciados, com especificidades próprias da natureza dos cuidados prestados e formas de organização políticas e institucionais distintas. Estudos internacionais e nacionais recentes referem que a Enfermagem é a profissão da área da saúde que mais sofre com burnout, com consequências para a identidade destes profissionais do cuidar, para a qualidade dos cuidados e para os custos inerentes a este problema (Jesus, Pinto, Fronteira & Mendes, 2014; Sobrinho, Radünz & Rosa, 2015). Estes estudos salientam a necessidade de outros estudos de cariz qualitativo para o aprofundamento das condições de trabalho a que os enfermeiros estão sujeitos. Pretende-se analisar as condições de trabalho negativas (fonte de sofrimento/adversidades), como também as positivas (fonte de realização/desafios), que influenciam a identidade profissional de enfermeiros.

A identidade profissional constrói-se nos contextos de trabalho com a interação entre o individual e o coletivo, onde o indivíduo é autor das transformações e fruto das transformações sociais (Dubar, 1997). Segundo Moscovici (2003), a realidade não é absorvida pelo indivíduo tal como se apresenta, ela é reformulada em representações sociais que servem como unidades de significado para o pensamento e comportamento individual e social. O conhecimento das representações sociais dos contextos de trabalho dos enfermeiros, permite entender como os sujeitos se posicionam frente às adversidades e aos desafios como profissional, enquadrando-os numa identidade profissional que integra a significância de Ser enfermeiro na conceção e na prática profissional.

Assim, foram colocadas questões acerca do Bom/Melhor do seu contexto de trabalho, reconhecem-se as fontes de motivação e de desenvolvimento profissional e do mesmo modo, nas questões acerca do Mau/Pior do seu contexto de trabalho, reconhecem-se as fontes de desmotivação e de stress profissional.

MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo de natureza qualitativa, com recurso à Teoria Ego-ecológica de Zavalloni. Para a recolha dos dados, aplicou-se o Inventário de Identidade Psicossocial de Zavalloni e Louis-Guérin (1984), adaptado para a cultura portuguesa, no âmbito do projeto FIPAIF (Formação Inicial de Profissionais de Ajuda e Identidades dos Formadores) por Marta, Lopes, Pereira e Leite (2014) e procedeu-se à realização de entrevistas com a intenção de contextualizar os resultados.

O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico por redes, ou «bola de neve»; foi aplicado o Inventário de Identidade Psicossocial com realização de entrevistas a 3 enfermeiros de centros de saúde e 3 enfermeiros de hospitais.

Foram explicados os objetivos da investigação e assegurada a devida confidencialidade aos entrevistados, que assinaram

a respetiva declaração de consentimento informado, e após a autorização da gravação das entrevistas estas foram transcritas e devolvidas aos sujeitos, que puderam alterar ou confirmar os seus depoimentos.

Através do Inventário de identidade Psicossocial, pediu-se aos sujeitos que gerassem atributos que descrevessem o seu ambiente social envolvente em que caracterizavam os seus contextos de trabalho como “Bom” ou “Mau”, com três ou mais atributos. Posteriormente, dirigiu-se a entrevista, não para o inventário como um todo, mas direcionou-se a atenção para as diferentes partes do seu conteúdo. As categorias são estímulos de associação livre de novas imagens que aparecem e no seu conjunto constituem a realidade social, revelando a organização e a dinâmica do ambiente interior.

RESULTADOS

No quadro 1 apresenta-se a caracterização dos seis participantes neste estudo:

Quadro 1 – Caracterização da amostra

Identificação	Sexo	Idade	Anos de exercício	Local de Trabalho
Inventário 1 – Centro de Saúde (I1-CS)	F	37a	17a	Centro de Saúde
Inventário 2 – Centro de Saúde (I2-CS)	M	37a	16a	Centro de Saúde
Inventário 3 – Centro de Saúde (I3-CS)	F	37a	17a	Centro de Saúde
Inventário 1 – Hospital (I1-H)	F	36a	13a	Hospital
Inventário 2 – Hospital (I2-H)	F	37a	15a	Hospital
Inventário 3 – Hospital (I3-H)	F	39a	15a	Hospital

Quanto aos aspetos positivos referidos nos inventários, verifica-se predominância dos aspetos psicossociais em detrimento das condições objetivas, nos dois contextos de trabalho estudados. Nos aspetos negativos, também, os aspetos psicossociais são mais evidenciados do que as condições objetivas, reconhecendo-se a importância dos aspetos psicossociais. No quadro 2 expõem-se os aspetos positivos e negativos dos contextos de trabalho:

Quadro 2 – Aspetos positivos e negativos dos contextos de trabalho

Aspetos positivos e negativos dos contextos de trabalho	
Organização	Apesar de a organização ser referida em ambos os contextos, a desorganização é evidenciada nos inventários dos centros de saúde, pelas constantes e recentes reestruturações nos cuidados de saúde primários, com todas as alterações que estes processos implicam. Apesar dos hospitais, também, terem sofrido reestruturações, não foram sentidas mudanças tão explícitas como nos centros de saúde (I3-CS, I1-CS, I3-H). Estas mudanças foram alvo de acentuada relevância para um enfermeiro entrevistado do centro de saúde, ao referir a “indefinição no futuro” como uma das suas preocupações.
Desorganização	

RISCOS PARA A IDENTIDADE DE ENFERMEIROS DECORRENTES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Autonomia Dependência	Apesar de a autonomia ser possível em ambos os contextos, ela parece mais facilitada em ambiente de cuidados de saúde primários. Facto que foi observado pelas entrevistas feitas a enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar (I1-H) e no centro de saúde (I2-CS); a maior autonomia poderá explicar o sentimento de realização profissional mais acentuado nos centros de saúde. No entanto, também é possível exercer autonomia em contextos diferenciados como explícita I1-H quando se refere à autonomia e à filosofia de cuidados no âmbito dos cuidados paliativos.	Sobrecarga de Trabalho	O excesso de trabalho tem maior relevo nos centros de saúde, devido a um elevado défice de enfermeiros nos cuidados de saúde primários, como referido pelos entrevistados I2-H, mas também sentido nos hospitais como indica a entrevistada I2-H.
Relacionamento na Equipa	Foi verificado o bom relacionamento da equipa nas entrevistas com dois enfermeiros de centros de saúde (I3-CS, I1-CS) e três dos hospitais (I3-H, I2-H, I1-H). O mau relacionamento da equipa, pode-se explicar pelas dimensões das equipas nestes contextos, apesar da dificuldade da criação de laços nas grandes equipas, os conflitos também estão mais presentes em equipas pequenas. Esta explicação poderá, igualmente, ser válida para os problemas com as chefias, que foram referidos nos dois contextos como “incerteza na gestão” I1-CS e “instabilidade hierárquica” I3-H.	Renumeração	A má renumeração é referida pelos enfermeiros dos dois contextos de trabalho, mas mais descrita nos hospitais como referido por I1-H a “impossibilidade de progredir na carreira” e pela diminuição da renumeração nas horas suplementares de turno.
Natureza dos Cuidados	A concetualização dos cuidados foi considerada como gratificante, porque “os enfermeiros gostam de ser enfermeiros” I2-CS. A natureza dos cuidados foi mais referida nos hospitais do que nos centros de saúde, o que poderá ser explicado também pela gratificação, uma vez que a dependência dos utentes dos hospitais é maior do que em relação aos centros de saúde, ou no contato com situações de saúde mais agudas e de maior especialização nos hospitais. No entanto, a natureza dos cuidados também foi referida nos hospitais como negativa, o que se pode constatar pela maior confrontação com o sofrimento e com a morte neste ambiente de trabalho.	Fatores de Motivação	Dos três enfermeiros entrevistados que exercem funções nos cuidados de saúde primários, dois consideram-se altamente motivados e um moderadamente motivado, tendo como fontes de motivação a perceção da profissão, como a “possibilidade de causar ganhos noutras pessoas” I2 – CS e I1-H e “o gosto por aquilo que estamos a fazer, que nos permite estarmos expostos a estas situações sem que seja devastador” I3 – CS. Outra enfermeira refere estratégias de resolução dos fatores de desmotivação, como fonte de motivação “temos de saber demonstrar e dar visibilidade ao trabalho que fazemos” I1 – CS. Das três enfermeiras que exercem funções nos hospitais, uma refere estar motivada, outra pouco motivada e outra desmotivada; esta última refere que neste momento não encontra fatores de motivação na profissão – I2- H, outra enfermeira refere que a única fonte de motivação é o relacionamento com a equipa de enfermagem no seu contexto de trabalho – I3 – H e outra enfermeira refere que é a possibilidade de exercer na sua área de especialidade que “permite prestar melhores cuidados a cada momento, sejam cuidados diretos, sejam de poder ser referência na prática para outros” I1 – H.
Aprendizagem Constante	A aprendizagem constante foi apenas referida nos hospitais e estará interligada com a diversidade de utentes, das patologias e das evoluções tecnológicas que estão mais presentes nos hospitais, como refere a entrevistada I2-H.	Fatores de Desmotivação	Os fatores de desmotivação são transversais a todo este grupo de enfermeiros entrevistados, sendo referidos: a renumeração, o reconhecimento social em relação a outras classes, excesso de trabalho, poucos recursos, não reconhecimento da formação, forma de gestão de recursos humanos com um modelo centrado nos números e não no doente e o mau relacionamento com a equipa multidisciplinar.
Reconhecimento Social	O maior reconhecimento social sentido pelos enfermeiros nos centros de saúde é explicado pela maior proximidade do enfermeiro à comunidade neste ambiente de trabalho e uma maior significância e “ganhos” do seu trabalho por parte da população, como explicado em I2- CS e I1- CS. O não reconhecimento social também é mais referido pelos enfermeiros dos centros de saúde, pela sua proximidade à comunidade e a representação social do enfermeiro na sociedade, referido pelos entrevistados I1-H e I1-CS.		
Dificuldade de comunicação	A dificuldade de comunicação com outras entidades foi exclusiva dos enfermeiros dos centros de saúde, também justificado pela integração destas instituições perto dos utentes e longe dos locais de decisão de políticas de saúde e de outras entidades políticas e de saúde diferenciadas, também explicitado pela entrevista I3-CS.		
Condições Físicas	As boas condições físicas são mais apreciadas nos centros de saúde e a localização destes permite a proximidade do local de trabalho dos enfermeiros ao domicílio dos utentes e por isso mais contextualizados na comunidade (I1- CS). Apenas os enfermeiros dos centros de saúde referem o isolamento como negativo, por se encontrarem mais próximos da comunidade, sentem mais estas dificuldades como os seus utentes (I3-CS). As más condições físicas de trabalho destacam-se nos hospitais com edifícios degradados, sem isolamento térmico (I2-H, I3-H), sem privacidade (I1-H) mas também estão presentes quando os enfermeiros prestam serviços aos domicílios (I3-CS).		Dois entrevistados que exercem funções nos cuidados de saúde primários e uma enfermeira dos cuidados de saúde diferenciados referem que estão muito motivados, tal como uma enfermeira dos cuidados de saúde primários refere estar moderadamente motivada. A razão da motivação destes sujeitos é a sua conceção de cuidados, porque de facto gostam da profissão, sendo que os aspetos positivos se sobrepõem aos negativos (I2-CS, I3-CS, I1-CS, I1-H). Dois enfermeiros dos centros de saúde estão ligados a atividades sindicais, expressando um deles que é “uma forma mais proactiva de mudar esta realidade” I3 – CS. A enfermeira que refere estar pouco motivada, explícita que “as coisas negativas tornaram-me mais forte, mas também mais fria e isso é mau” (I3-H), a enfermeira desmotivada refere que os aspetos negativos “interferem na vontade de ir trabalhar” (I2-H).

RISCOS PARA A IDENTIDADE DE ENFERMEIROS DECORRENTES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

DISCUSSÃO

As identificações, valorizações e desvalorizações dos contextos de trabalho apresentam por vezes expressões contraditórias nos enfermeiros nos dois contextos de trabalho; foram assim evidenciados por estes entrevistados fatores de vivência no trabalho que interferem com a sua (re)construção identitária profissional.

No contexto de trabalho, a equipa é referenciada como fonte de sofrimento e de satisfação, que evidencia a forte componente emocional da profissão e gestão de conflitos, necessitando de capacidade de liderança e de relações profissionais de suporte para minimizar as situações stressantes sentidas no quotidiano. A instabilidade do clima organizacional neste contexto também é apontada como um fator de inquietação profissional.

A gestão das relações humanas, quer em interação direta com o cuidar, quer na interação com os elementos da equipa, é explicitada num ambiente de cuidados diferenciados por Esteves (2012), ao reconhecer a existência de saberes tácitos e relacionais para além dos conhecimentos científicos na construção da relação profissional dos enfermeiros.

Outros obstáculos à realização profissional apontados foram: o não reconhecimento social e económico, a sobrecarga laboral e as dificuldades sentidas nas más condições físicas; fatores que direta ou indiretamente estão presentes nos cuidados prestados e na dificuldade de identificação à profissão. Esteves (2012) refere a importância destes fatores para o profissional de enfermagem, quer as condições físicas adequadas que permitem “atenuar as situações de conflitos e de tensão que podem surgir pelo nível e exigência das funções desempenhadas” (p. 51) num local extremamente diferenciado como o bloco operatório; quer a valorização do reconhecimento social e económico da profissão para os participantes.

Verifica-se uma ligeira diferenciação da identidade profissional dos enfermeiros dos hospitais em relação aos enfermeiros dos centros de saúde, com uma maior predominância das atividades interdependentes e de desafios nas situações de saúde adversas em limites de vida nos hospitais que exigem uma atualização contínua principalmente tecnológica e por outro lado, a maior autonomia e desafio em situações de saúde crónicas nos centros de saúde.

A importância de atualização contínua é explicitada por Esteves (2012), quando menciona que os enfermeiros que trabalham no bloco operatório constroem a sua identidade profissional, através da gestão das relações profissionais, no poder do conhecimento e necessidade de atualização constante. A mesma autora também refere que apesar da interdependência do trabalho, os enfermeiros reconhecem o carácter marcante dos seus cuidados e o respeito pelo território de atuação dos profissionais da equipa, num contexto referenciado como um espaço onde o a exigência humana e profissional é levada ao limite, quando assume a enorme responsabilidade de lidar com a vida humana, exigindo um total empenhamento nas atividades

profissionais.

No estudo realizado por Lemos (2008), a autonomia é referida como essencial para entender a identidade profissional dos enfermeiros. A autora refere que o espaço de interdependência e de autonomia profissional se encontra nos dois contextos – cuidados diferenciados e cuidados primários - todavia, com uma maior potencialidade autónoma nos cuidados de saúde primários, sem, no entanto, olvidar a possibilidade de autonomia nos cuidados diferenciados.

A identidade destes enfermeiros emerge da potencialidade de atividades autónomas ou interdependentes, de acordo com a sua valorização, quer social, quer profissional. Os participantes valorizam e assentam os pilares da sua motivação na natureza dos cuidados que lhes permite dignidade e gratificação profissional. Similarmente, Lopes (2001) refere que as identidades presentes na enfermagem são devidas, não só à história da profissão, como à própria natureza dos cuidados dos diversos contextos de trabalho; são ainda devidas à sua maior ou menor especialização e ligação com a componente tecnológica, assim como às clivagens geracionais que se inscrevem no grupo profissional.

CONCLUSÕES

Os profissionais de enfermagem dos hospitais e dos centros de saúde estão sujeitos a riscos muito idênticos na sua atividade laboral, enfatizando algumas especificidades próprias da natureza dos cuidados prestados que interferem com a identidade profissional. No entanto, alguns aspetos negativos quando corrigidos e melhorados podem ser fontes de desafio profissional destes trabalhadores.

Esta pesquisa, também, revela a resiliência dos profissionais de enfermagem, que apesar das dificuldades encontradas nos seus contextos de trabalho preconizam o cuidar como parte integrante da sua profissionalidade.

Os profissionais do cuidar necessitam de “cuidar de si e da sua equipa”, como refere uma das entrevistadas (I1-H), humanizando os seus ambientes considerados por outra entrevistada como “devastadores” (I3-CS), procurando espaços de atuações autónomas e de gratificação profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dubar, C.A. (1997). Socialização – Construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora.

Esteves, A.M.T. (2012). A construção da identidade profissional do enfermeiro em bloco operatório. Tese de Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos, Escola Superior de Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Santarém.

Jesus, E.H., Pinto, A.M., Fronteira, I.E. & Mendes, A.C. (2014). Estudo RN4CAST em Portugal: perceção dos enfermeiros sobre Burnout. Rev Investigação Enfermagem, vol. nº11, 47-59.

RISCOS PARA A IDENTIDADE DE ENFERMEIROS DECORRENTES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Lemos, E.R. (2008). Profissão de enfermeiro. Compreensão Sociológica da Identidade Profissional. Tese de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Lopes, N. (2001). Recomposição profissional da enfermagem – Estudo sociológico em contexto hospitalar. Coimbra: Quarteto Editora.

Marta, M., Lopes, A., Pereira, F. & Leite, M. (2014). A relevância profissional da formação de professores e enfermeiros no ensino superior: uma análise a partir das identidades dos formadores. Rev Lusófona de Educação, vol. nº 27,75-91.

Moscovici, S. (2003). Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes.

Sobrinho, S.H., Radünz, V. & Rosa, L.M. (2015). O Cuidar de si para promoção da saúde: os cuidados da enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde., vol.14 (1), 941-947.

Zavalloni, M. & Louis-Guérin, C. (1984). Identité sociale et conscience – Introduction à l'égo-écologie. Montréal, LesPresses de l'Université de Montréal.



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