

Atas do IV

Seminário Internacional

Vulnerabilidades Sociais e Saúde

***“Objetivos do Desenvolvimento Sustentável:
Velhos Desafios E Novas Oportunidades”***

Campus do IPS,

Setúbal

5, 6 e 7 de maio de 2022

<http://www.seminariovss.ips.pt>



Atas do IV Seminário Internacional
Vulnerabilidades Sociais e Saúde
“Objetivos do Desenvolvimento Sustentável:
Velhos Desafios e Novas Oportunidades”

Editores:

Ana Paula Gato (ESS/IPS)

Andreia Ferreri Cerqueira (ESS/IPS)

Edgar Canais (ESS/IPS)

José Rebelo (ESCE/IPS)

Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)

Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Instituto Politécnico de Setúbal

Apoio financeiro do CIDEHUS (UIDB/00057/2020)



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

CIDEHUS

Centro Interdisciplinar
de História, Cultura e Sociedades
(UIDB/00057/2020)

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

O presente volume integra textos referentes a comunicações apresentadas no IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde - “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: Velhos Desafios e Novas Oportunidades”, realizado nos dias 5, 6 e 7 de maio de 2022, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Título: Atas do IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde - “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: Velhos Desafios e Novas Oportunidades”

Editores:

Ana Paula Gato (ESS/IPS)

Andreia Ferreri Cerqueira (ESS/IPS)

Edgar Canais (ESS/IPS)

José Rebelo (ESCE/IPS)

Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)

Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Primeira edição, em formato eletrónico, novembro de 2022

ISBN: 978-989-53890-3-2

Editora: Instituto Politécnico de Setúbal

Comissão Científica

Adrienn Toth, Mate Hungarian University of Agriculture and Life Sciences, Hungria

Ana Beatriz Nunes, Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública

Ana Rolo, ESCE-IPS; CICE

Ana Paula Gato, ESS-IPS; CIDEHUS-UÉ

Andreia Ferreri Cerqueira, ESS-IPS; NURSE'IN

Andreia Silva da Costa, ESEL; CIDNUR

António Manuel Marques, ESS-IPS; CIIAS

Boguslaw Sardinha, ESCE-IPS; CICE e SOCIUS/CSG

Carlos Mata, ESCE-IPS; CICE

Cláudia Orsini Machado de Sousa, Universidade de São Paulo, Brasil

Edgar Canais, ESS-IPS; NURSE'IN

Isabel Casimiro, Universidade Eduardo Mondlane, Moçambique

Jéssica Syrio Callefti, Universidade Estadual de Maringá, Brasil

José Martinez Riera, UAlicante, Espanha

José Rebelo dos Santos, ESCE-IPS; CICE; CIDEHUS-UÉ

Júlia Pescarini, LSHTM, United Kingdom

Kutasi Gábor, UPS, Hungary

Laurinda Abreu, UÉvora; CIDEHUS-UÉ

Lucilia Nunes, ESS-IPS; NURSE'IN

Luís Jorge Gonçalves, Faculdade de Belas Artes, Universidade de Lisboa

M. Isabel Sánchez-Hernández, Universidade de Extremadura, Espanha

Natalija Cudecka-Purina, BA School of Business and Finance, Letónia

Patrícia Vasconcelos, UNILAB, Brasil

Paulo Caetano, FCT, Universidade Nova de Lisboa

Sandrina B. Moreira, ESCE-IPS; CICE e BRU-IUL

Vítor Barbosa, ESCE-IPS

Comissão de Honra

Presidente do IPS – Angela Lemos

Diretora do CIDEHUS - Fernanda Olival

Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Ética Empresarial- Mário Parra da Silva

Diretor da ESS-IPS - António Manuel Marques

Diretor da ESCE-IPS Pedro Pardal

Comissão Organizadora

Ana Paula Gato (ESS/IPS)

Andreia Ferreri Cerqueira (ESS/IPS)

Edgar Canais (ESS/IPS)

José Rebelo (ESCE/IPS)

Sandrina B. Moreira (ESCE/IPS)

Vítor Barbosa (ESCE/IPS)

Índice

Índice.....	iv
Editorial.....	1
PARTE I – SAÚDE E BEM-ESTAR	2
Sobre as diferenças de género na auto-perceção do estado de saúde e no envelhecimento saudável.....	3
A literacia em saúde dos pré-adultos pós-pandemia: de que forma o novo paradigma digital alterou a vida escolar.	13
Terapia da dignidade: eficácia e barreiras	30
Adaptação e <i>coping</i> dos pais de crianças com doença oncológica	46
Dilemas sobre nutrição em cuidados paliativos: um contributo para a prática de enfermagem	59
Pensando os objetivos do desenvolvimento sustentável na vertente da mulher/família: Uma reflexão integrativa nas áreas de conhecimento e intervenção do/a enfermeiro/a.....	78
Benefícios da traqueostomia precoce no doente submetido a ventilação mecânica invasiva	104
Educação para a sexualidade e afetos em tempos de pandemia: contrassensos e contratempos	113
PARTE II - QUESTÕES SOCIOECONÓMICAS	117
O que é indispensável para os trabalhadores? Discussões sobre fatores de satisfação no trabalho	118
Trabalhar e estudar. Um trajeto de conciliações (im)possíveis	124
O mapa-mundo à luz dos indicadores compósitos de liberdade económica, política e social	139
A estrutura organizacional e os seus atores - modelo de governabilidade das organizações da economia social.....	152
Diagnóstico social e objetivos de desenvolvimento sustentável: educação e emprego no município de Palmela.....	157

Contributos da formação para a gestão do <i>stress</i> do profissional nas instituições particulares de solidariedade social	170
Educação para a promoção do desenvolvimento local da Arrábida: Foco na regeneração do ecossistema em prol do bem-estar das pessoas e planeta	177
PARTE III – VULNERABILIDADES E AMBIENTE	193
As alterações climáticas e a saúde em Portugal.....	194
O papel dos enfermeiros na acessibilidade da mulher migrante ao programa de saúde sexual e reprodutiva nos cuidados de saúde primários em Portugal.....	209
Identificação dos contactos da pessoa com TB e a enfermagem de saúde comunitária e saúde pública: revisão sistemática da literatura	220

Editorial

O IV Seminário (II Internacional) sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde, organizado pelas Escolas de Saúde e de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal e pelo CIDEHUS da Universidade de Évora, entre os dias 5 e 7 de maio de 2022, debateu o tema “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: velhos desafios e novas oportunidades”.

Tendo decorrido durante três dias, o Seminário foi espaço para debate em torno dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), desde a perspetiva histórica, com o painel Saúde, ambiente e desenvolvimento – olhar o passado; à abordagem socioeconómica, Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - Questões socioeconómicas; passando pela discussão na área da saúde, Saúde e Bem-estar; até às questões ambientais, Vulnerabilidades e Ambiente; e ao papel das organizações comunitárias com o painel As organizações e os ODS. Dezassete convidados de diferentes áreas do saber deram-nos uma imagem transnacional e diversificada sobre os ODS, tendo sido também apresentadas vinte e nove comunicações livres.

Apresentam-se neste Livro de Atas os artigos completos que foram entregues pelos participantes e sujeitos a revisão pelos pares. O livro, organizado em três capítulos, tenta reproduzir a riqueza das comunicações apresentadas, espelha a diversidade de contributos de várias áreas científicas e abarca não só a perspetiva de académicos e investigadores, mas também a de quem nos traz dos seus locais de trabalho as suas experiências e saberes. Este processo de diálogo entre várias disciplinas e contextos, permite-nos uma reflexão sobre os ODS enriquecida pela proximidade aos profissionais que diariamente se empenham na sua concretização.

Os artigos aqui reunidos refletem, globalmente, a multiplicidade de questões que se levantam em torno dos ODS, assim como a prioridade de responder, apesar de todas as dificuldades, aos desafios colocados pelos ODS a nível individual e coletivo, num tempo de incerteza e de conflito.

Esperamos que novas edições continuem a constituir-se como espaço de debate e promoção de ideias e projetos relevantes entre os vários atores em torno da temática da saúde e das vulnerabilidades sociais.

Um agradecimento especial à Escola Superior de Saúde e à Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal, assim como ao CIDEHUS (Centro

Interdisciplinar de História, Cultura e Sociedades) da Universidade de Évora, pelo apoio incondicional e disponibilidade.

Agradecemos também aos membros das Comissões Organizadora e Científica, assim como aos membros da Comissão de Honra. Agradecemos, por último, aos nossos oradores convidados e a todos os participantes pela qualidade das suas apresentações.

Ana Paula Gato

Andreia Ferreri Cerqueira

Edgar Canais

José Rebelo dos Santos

Sandrina B. Moreira

Vítor Barbosa

PARTE I – SAÚDE E BEM-ESTAR

Sobre as diferenças de género na auto-perceção do estado de saúde e no envelhecimento saudável

António Bento Caleiro,
Departamento de Economia, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora,
caleiro@uevora.pt

Resumo

Na área da saúde, as diferenças de género são, obviamente, verificáveis, como em tantas outras áreas, mas, de um modo geral, são em favor do género feminino (em relação ao género masculino), o que as torna particularmente interessantes, num contexto em que, muito frequentemente, é o género masculino o mais favorecido. A título de exemplo, é bem conhecido o facto de a esperança de vida ser mais elevada para o género feminino, sobretudo em países de maior nível de desenvolvimento.

Assim, o estudo das diferenças de género na área da saúde parece ser particularmente estimulante, à luz dos “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável”, em particular no que diz respeito aos objetivos #5- Alcançar uma igualdade de género e #10- Redução das desigualdades. De facto, estes dois objetivos assumem um carácter que se torna tanto mais correto quanto mais se se verificar a realização do #3- Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em qualquer idade.

Dali resulta que o desenvolvimento sustentável, no que, em particular, diz respeito àqueles 3 objetivos, deve privilegiar o envelhecimento saudável. É este que, de facto, não apenas reduz a carga global de doenças, mas também contribui para a redução das desigualdades de género em relação aos anos de vida ajustados pela sua qualidade.

Colocando a tónica no envelhecimento saudável, proceder-se-á a uma análise de um seu fator (potencialmente) explicativo, i.e., o estado de saúde auto percebido, onde se verificam, também, diferenças de género. Em relação a este, alegadamente, o género masculino é mais otimista que o género feminino. Até que ponto esta perceção se afasta ou se aproxima da realidade, daí resultando uma diferença de género nos anos de vida saudáveis (em relação ao total) é o que constitui a essência deste estudo exploratório.

Palavras chave: Diferenças de género, Estado de saúde auto percebido, Envelhecimento saudável

Abstract

In the area of health, gender differences are obviously verifiable, as in so many other areas, but, in general, they are in favor of the female gender (in relation to the male gender), which makes them particularly interesting, in a context in which, very often, the male gender is the most favored. By way of example, it is a well-known fact that life expectancy is higher for females, particularly in countries with higher levels of development.

Thus, the study of gender differences in health seems to be particularly stimulating, in light of the “Sustainable Development Goals”, in particular with regard to objectives #5- Achieve gender equality and #10- Reduction of inequalities. In fact, these two objectives assume a character that becomes all the more correct the more the realization of #3- Ensuring healthy lives and promoting well-being for all, at any age, is verified.

It follows that sustainable development, in particular with regard to those 3 objectives, must favor healthy aging. It is this that, in fact, not only reduces the global burden of disease, but also contributes to the reduction of gender inequalities in terms of quality-adjusted life years.

Focusing on healthy aging, an analysis will be made of one of its (potentially) explanatory factors, i.e., the self-perceived health status, where there are also gender differences. In relation to this, allegedly, the male gender is more optimistic than the female gender. The extent to which this perception departs or approaches reality, resulting in a gender difference in healthy years of life (in relation to the total) is what constitutes the essence of this exploratory study.

Keywords: Gender differences, Self-perceived health status, Healthy aging

Introdução

A complementaridade dos diversos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) é particularmente evidente no que concerne aos objetivos #5 - Alcançar uma igualdade de género e #10 - Redução das desigualdades. De facto, a redução das diferenças de género, enquanto faceta particular das diversas desigualdades, assume-se como evidência maior daquela complementaridade.

Como é sabido, em muitos aspetos, em particular os de natureza económica, o género masculino apresenta-se como sendo mais favorecido que o género feminino. Na área da saúde, as diferenças de género são, obviamente, também verificáveis, mas, de um modo geral, são, contudo, em favor do género feminino (em relação ao género masculino), o que as torna particularmente interessantes, num contexto em que, muito frequentemente, se verifica o contrário. Por exemplo, é um facto bem conhecido que, sobretudo em países de maior nível de desenvolvimento, a esperança de vida é mais elevada para o género feminino (do que para o género masculino). Por exemplo também, embora, eventualmente, menos bem conhecido, na esmagadora maioria dos países, as taxas de mortalidade infantil são mais baixas para o género feminino.

Assim, o estudo das diferenças de género na área da saúde parece ser particularmente estimulante, no âmbito dos ODS #5 e #10. De facto, estes dois objetivos assumem um carácter que se torna tanto mais correto quanto mais se verificar a realização do ODS #3. Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em qualquer idade. Assim, é nossa perspetiva que o desenvolvimento sustentável, no que, em particular, diz respeito àqueles 3 objetivos, deve privilegiar o envelhecimento saudável. É este que, de facto, não apenas reduz a carga global de doenças, mas também contribui para a redução das desigualdades de género em relação aos anos de vida ajustados pela sua qualidade (Caleiro, 2021).

Neste trabalho exploram-se as diferenças de género na auto-perceção do estado de saúde e nas suas eventuais consequências sobre o envelhecimento saudável, por género, o que é um aspeto ainda não totalmente explorado pela literatura, em particular, no que diz respeito à separação por género. De facto, a auto-perceção do estado de saúde é um assunto a que a literatura já dedicou uma atenção considerável, mesmo no que diz respeito ao que caracteriza as camadas populacionais mais idosas (Mossey, 1995), mas tem-se ocupado, essencialmente, dos seus fatores explicativos e não tanto das suas consequências, nomeadamente sobre o envelhecimento saudável.

Tornstam (1975) é um estudo seminal na matéria e, desde logo, chama a atenção da importância do estado de saúde objetivo na auto-percepção do estado de saúde, o qual, por sua vez, depende do nível de aspiração, por vezes subjetiva, do próprio indivíduo, no que diz respeito ao seu estado de saúde. Por sua vez, Blazer (2008), num certo sentido, coloca a questão da auto-percepção do estado de saúde no contexto certo, i.e. certamente refletindo o aquele estado de saúde objetivo -- nas palavras do autor, “o corpo (genoma e fisiologia)” -- mas também o ambiente/contexto social.

Outros acrescentaram também a componente individual, de natureza psicológica, a qual se reflete nos diversos tipos de comportamentos perante as debilidades, enquanto reação ou adaptação. Por exemplo, Menec et al. (1999) confirmaram, na sequência de estudos anteriores, que a auto-percepção do estado de saúde é um preditor importante da mortalidade, mas não tanto da morbilidade, até porque as auto-percepções positivas se relacionam com a adaptação do comportamento perante a doença, permitindo, assim, melhores resultados, do ponto de vista da morbilidade. Moor et al. (2006) consideraram a influência da personalidade, traduzida nas atitudes mais/menos positivas perante o envelhecimento, na auto-percepção do estado de saúde, enquanto elemento que, ao contrário de outros também importantes, tais como o sexo, a idade, seria passível de ser modificada, através de uma correta intervenção, a nível psicológico.

Em termos geográficos, a literatura sobre a auto-percepção do estado de saúde abordou já alguns países. Por exemplo, Séculi et al. (2001) consideraram as camadas populacionais mais idosas, numa amostra da província espanhola da Catalunha. A existência de doenças crónicas, de algum género de incapacidades e a pertença a uma camada social mais desfavorecida revelaram-se os fatores explicativos da auto-percepção de um mau estado de saúde. Esta percepção de um mau estado de saúde caracterizou, numa maior percentagem, o género feminino. Por sua vez, Pena et al. (2010) consideraram o caso da cidade espanhola de Madrid, procedendo à distinção entre indivíduos com e sem diabetes. A existência desta doença fez com que o nível auto-percecionado de saúde e o bem estar psicológico fossem mais baixos, em particular quando se tratava de indivíduos do género feminino -- confirmando o resultado de Séculi et al. (2001) --, com depressão, falta de exercício físico e/ou obesidade.

As diferenças de género na auto-percepção do estado de saúde foram também tidas em conta em Cialani e Mortazavi (2020), os quais consideraram o caso de Itália, em 2015. Concluíram que o rendimento subjetivo, medido pelos recursos económicos percebidos, afeta mais a probabilidade de relatar uma auto-avaliação do estado de saúde mais elevada do que o próprio nível objetivo de rendimento. Os resultados também indicaram que outras variáveis, como a

idade, a escolaridade, presença/ausência de doença crónica e situação de emprego, afetam a auto-avaliação de saúde de forma mais significativa do que a o rendimento objetivo. Constataram também que os homens reportam com mais frequência um estado de saúde mais favorável que as mulheres.

A inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à auto-percepção do estado de saúde foi, no entanto, verificada em Kaleta et al. (2009), os quais consideraram a população adulta (entre 20 e 74 anos) do distrito de Łódź, na Polónia. Concluíram que a auto-percepção do estado de saúde como sendo mau ou muito mau aumenta com a idade, tal significando uma preponderância de um fenómeno de envelhecimento pouco saudável. Factores socio-económicos, tais como um baixo nível de escolaridade e a situação de desempregado, contribuem também para uma maior auto-percepção do estado de saúde como sendo mau ou muito mau. Para além destes factores, um baixo nível de actividade física (de recreio) e o consumo de tabaco, são também potenciadores de auto-percepção do estado de saúde como sendo mau ou muito mau.

Leinonen et al. (2001) consideraram o caso da Finlândia, tendo também constatado a importância vital da actividade física no natural declínio, mas menos acentuado, da percepção do estado de saúde, por parte dos idosos.

Reconhecendo também que a percepção do estado de saúde é um, mas não o único, naturalmente, importante fator preditivo da mortalidade, Zikic et al. (2009) consideraram, também as camadas populacionais mais idosas, distinguindo os “velhos- (mais) novos”, i.e., com idade entre os 60 e 74 anos, e os “velhos- (mais) velhos”, i.e. com idades de 90 ou mais anos. A percepção do estado de saúde revelou-se mais favorável nos “velhos- (mais) velhos” do que nos “velhos- (mais) novos”, o que se terá devido ao facto de aqueles, pela sua idade extremamente avançada, terem demonstrado serem capazes, pela sua genética e/ou estilo de vida, de passar por um processo de envelhecimento bem-sucedido, i.e. saudável. Henchoz et al. (2008) estudaram o caso da população suíça muito idosa, confirmando o declínio no estado real de saúde resultante do envelhecimento, não sendo este tão refletido na auto-percepção do estado de saúde, na medida em que, os idosos com 80 ou mais anos se revelaram optimistas, subestimando este declínio.

Jang et al. (2004) analisaram o caso da população idosa na Coreia. Para além dos factores fisiológicos, nomeadamente a existência de doenças crónicas, e sociais, nomeadamente, menores níveis de instrução e de estatuto económico, os autores chamam a atenção para a

importância, também, dos factores psicológicos, nomeadamente o sentido de controle e o neuroticismo, os quais podem ser trabalhados em clínica. Ye e Post (2020) abordam uma questão paralela, mas algo relacionada, à da percepção do estado de saúde, i.e., a idade com que, subjetivamente, cada indivíduo se identifica. Este facto tem importância, do ponto de vista económico, nomeadamente o perfil de poupança e a atitude face ao trabalho e face ao risco, mas julga-se poder afirmar que a auto-percepção do estado de saúde será tanto melhor quanto mais novo (do que na realidade) o indivíduo se sinta.

Desenvolvimento

Quanto à ideia de base, admitimos que poderão existir diferenças entre o estado real de saúde e o estado auto-percebido, as quais poderão ser mais evidentes num dos géneros, podendo, consoante o, digamos, género, conduzir à existência de necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas, com naturais consequências sobre a esperança de vida, em geral, e, em particular, sobre a esperança de vida saudável. A Figura 1 clarifica esta ideia.

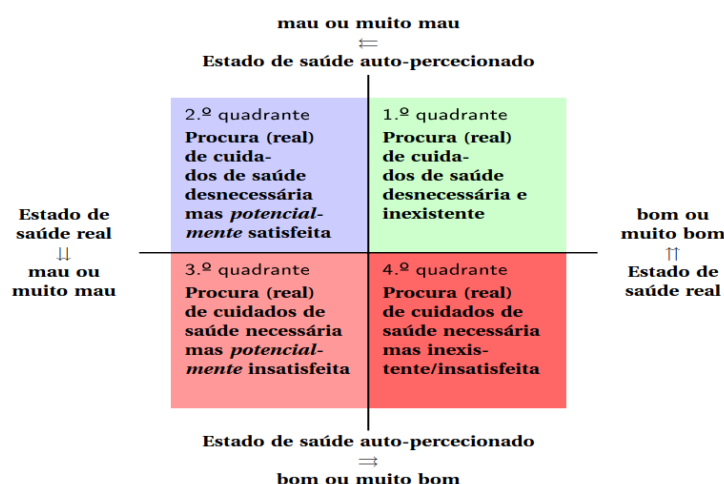


Figura 1. A ideia de base

Começando pelas diferenças de género, desde logo, na mortalidade infantil, este *gap* -- na esmagadora maioria dos países, em favor do género feminino, -- tem vindo a diminuir (veja-se a Figura 7, em Anexo), sendo certo que esta aproximação dos géneros difere bastante consoante o nível de desenvolvimento humano do país em causa (veja-se a Figura 8, em Anexo). Conforme a Figura 2 mostra claramente, ser um país mais desenvolvido é, de facto, um sinónimo de um país onde a desigualdade de género se torna quase impercetível.

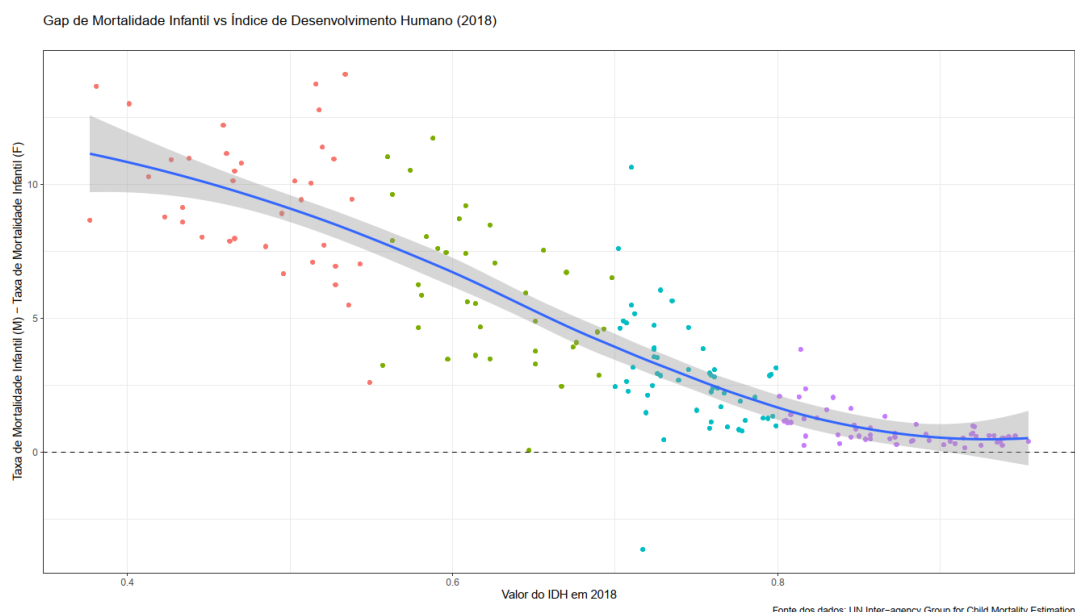


Figura 2. A redução do gap nas taxas de mortalidade infantil, por género, como sinónimo de desenvolvimento

No que diz respeito à esperança de vida, é sabido que as mulheres vivem mais tempo que os homens <o maior *gap*>, vivem mais tempo, com saúde, que os homens <*gap* menor>, mas também vivem mais tempo, com doença, que os homens <*gap* variável>. E quanto ao estado de saúde auto-percecionado?

A esperança de vida saudável baseada no estado de saúde auto-percecionado (União Europeia) é, de facto, maior para o género feminino, sendo, naturalmente, menor o *gap* aos 65 anos do que aos 50 anos; veja-se a Figura 3.

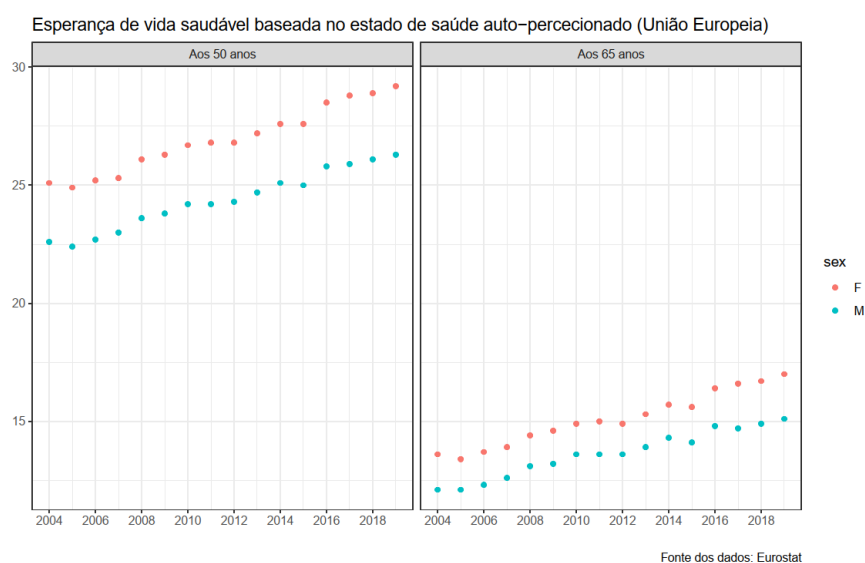


Figura 3. Os gaps na esperança de vida saudável auto-percecionada

De facto, quanto ao estado de saúde auto-percecionado, é notório que o género masculino o considera como sendo bom ou muito bom, numa proporção que é superior ao do género feminino, sendo este *gap* particularmente notório em Portugal; veja-se a Figura 4.

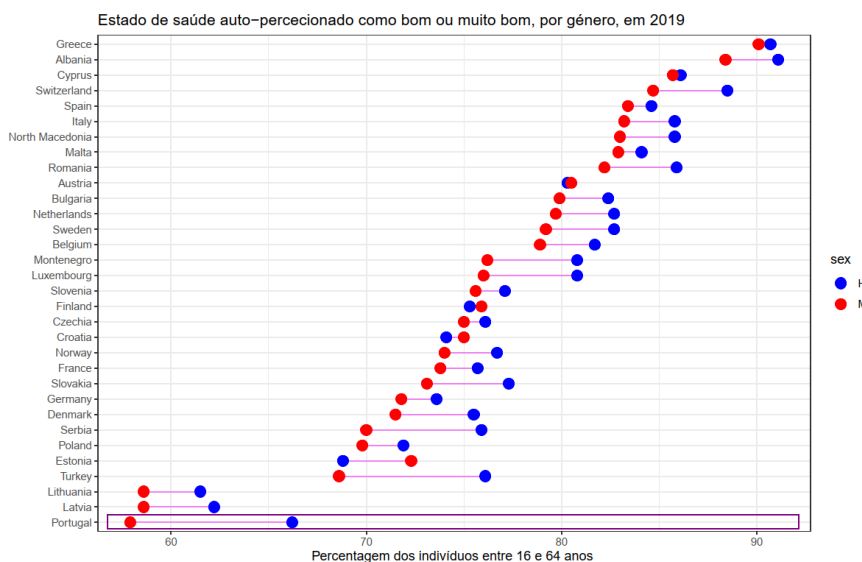


Figura 4. As diferenças de género no estado de saúde auto-percecionado (bom e muito bom)

Por contrapartida, é também notório que o género feminino o considera como sendo mau ou muito mau, numa proporção que é superior ao do género masculino, sendo este *gap* também particularmente notório em Portugal; veja-se a Figura 5.

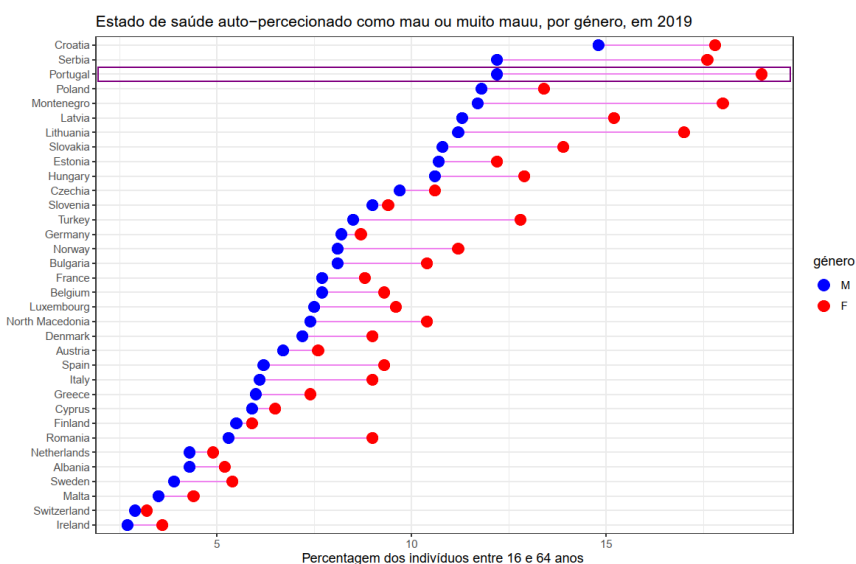


Figura 5. As diferenças de género no estado de saúde auto-percecionado (mau e muito mau)

Finalmente, importa tentar perceber como é que o nível de escolaridade, o qual se relaciona também com o nível de rendimento, enquanto fatores explicativos do nível de desenvolvimento

humano, se traduz em diferenças na auto-perceção do estado de saúde, por género. A Figura 6 poderá permitir dizer que a aposta na educação e, por consequência na literacia, certamente corresponderá a uma diminuição, desde logo na desigualdade de género, quanto à perceção do estado de saúde, sendo este tanto melhor também, quanto maior o nível de educação. Em suma, um verdadeiro sinónimo de desenvolvimento.

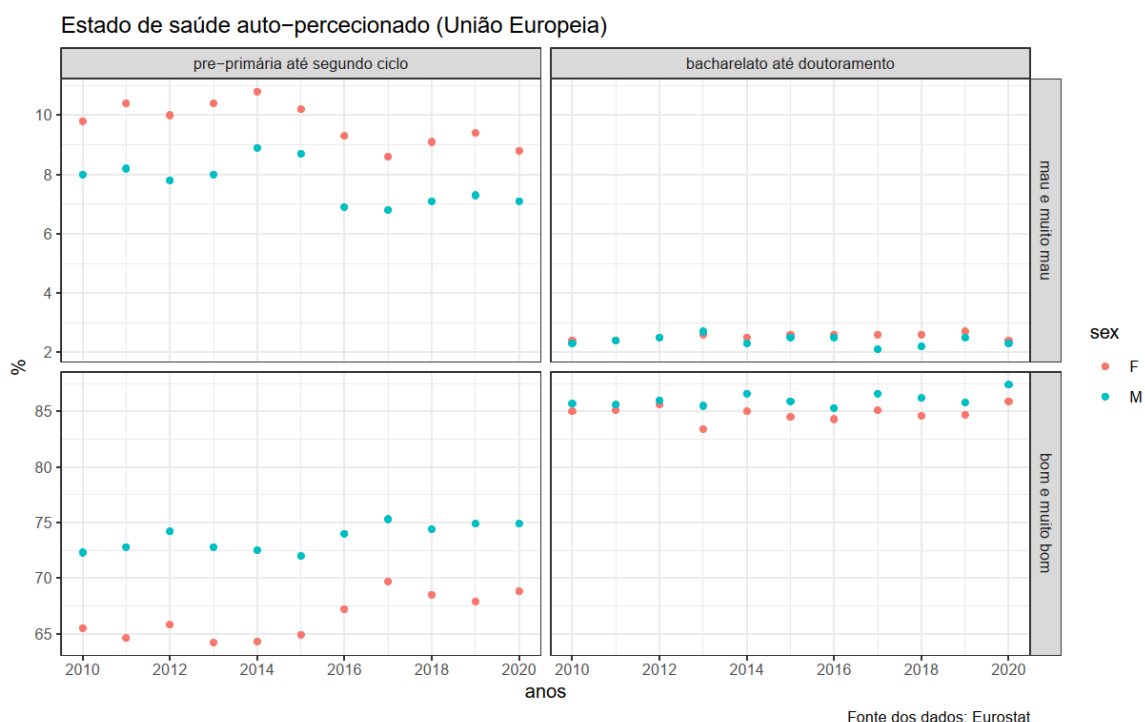


Figura 6. A importância do nível de educação nas diferenças de género no estado de saúde auto-percecionado

Conclusão

Inegavelmente, as diferenças de género, na área da saúde, existem. A sua existência assume, por exemplo, a forma de um *gap* na esperança de vida, a qual é, em muitos países, superior para o género feminino. Este facto empírico resulta, certamente, de um melhor nível objetivo/real de saúde, por parte do género feminino, o qual se traduz, sobretudo em determinadas patologias, numa menor carga global das doenças, medida pelos anos de vida perdidos (i.e. através do indicador YLLs – ‘Years of Life Lost’).

Resultará aquele *gap* na esperança de vida também, na nossa opinião, de uma melhor, i.e., mais próxima da realidade, perceção do estado de saúde, por parte do género feminino, na medida em que ‘desencadeará’ um comportamento mais preventivo e/ou adequado, perante a (eventual) ocorrência de morbilidades. Assim, durante grande parte da sua vida, o género feminino apresenta um melhor desempenho do ponto de vista dos anos de vida ajustados pela

qualidade (i.e. através do indicador YLDs – ‘Years of healthy life lost due to disability’). Ainda assim, a sobrevivência do género feminino, em relação ao género masculino, faz com que, a partir de uma determinada idade, o género feminino seja, de facto, mais penalizado, em termos da carga global das doenças (i.e. através do indicador DALYs – ‘Disability-adjusted life years’).

Naturalmente, uma das formas de redução das diferenças de género atrás apontadas consiste em assegurar que, ambos os géneros, passem por um processo de envelhecimento saudável, o qual assenta, entre outros fatores, numa melhor perceção do estado de saúde. Neste trabalho, pretendemos dar início a este nosso estudo, o qual poderá ser complementado, por outros também, por uma análise estatística que nos permita validar (formalmente) aquelas afirmações (Caleiro, 2021).

Bibliografia

- Blazer, Dan G. (2008). How Do You feel About...? Health Outcomes in Late Life and Self-Perceptions of Health and Well-Being. *The Gerontologist*, 48 (4), pp. 415-422. <https://doi.org/10.1093/geront/48.4.415>
- Caleiro; António B. (2021). On the Socio-Economic Impacts of the Difference Between Healthy and Sick Aging. Bayar, Yilmaz (ed.), *Handbook of Research on Economic and Social Impacts of Population Aging*, Hershey PA: IGI Global, pp. 199-220.
- Cialani, Catia, e Mortazavi, Reza (2020). The effect of objective income and perceived economic resources on self-rated health. *International Journal for Equity in Health*, 19 (1), pp. 1-12.
- Jang, Yuri, Poon, Leonard W., Kim, Soo-Young e Shin, Bok-Ki (2004). Self-perception of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*, 18 (4), pp. 485-496.
- Henchoz, Karine, Cavalli, Stefano, e Girardin, Myriam (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22 (3), pp. 282-290.
- Kaleta, Dorota, Polanska, Kinga, Dziankowska-Zaborszczyk, Elzbieta, Hanke, Wojciech e Drygas, Wojciech (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Central European Journal of Public Health*, 17 (3), pp. 122-127.
- Leinonen, Raija, Heikkinen, Eino, e Jylhä, Marja (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people—A 5-year longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 52 (9), pp. 1329-1341.
- Menec, Verena H., Chipperfield, Judith G. e Perry, Raymond P. (1999). Self-Perceptions of Health: A Prospective Analysis of Mortality, Control, and Health. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54 (2), pp. P85-P93.
- Moor, Caroline, Zimprich, Daniel, Schmitt, Marina e Kliegel, Matthias (2006). Personality, aging self-perceptions, and subjective health: A mediation model. *The International Journal of Aging and Human Development*, 63 (3), pp. 241-257.
- Mossey, Jana M. (1995). Importance of self-perceptions for health status among older persons. Gatz, Margaret (Ed.), *Emerging Issues in Mental Health and Aging*. American Psychological Association. pp. 124-162. <https://doi.org/10.1037/10179-005>
- Pena, M. E. y, Barrera, V. H., Cordero, X. F., de Miguel, A. G., Perez, M. R., Lopez-de Andres, A. e Jiménez-García, R. (2010). Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. *Diabetes & Metabolism*, 36 (4), pp. 305-311.
- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juncá, S., Rué, M. e Guillén, M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*, 15 (3), pp. 217-223.
- Tornstam, Lars (1975). Health and self-perception: A systems theoretical approach. *The Gerontologist*, 15 (3), pp. 264-270. <https://doi.org/10.1093/geront/15.3.264>

Ye, Zihan, e Post, Thomas (2020). What age do you feel?—Subjective age identity and economic behaviors. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 173, pp. 322-341.

Zikic, L., Jankelic, S., Milosevic, D. P., Despotovic, N., Erceg, P. e Davidovic, M. (2009). Self-perception of health (SPH) in the oldest-old subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, pp. 245-249.

Anexo

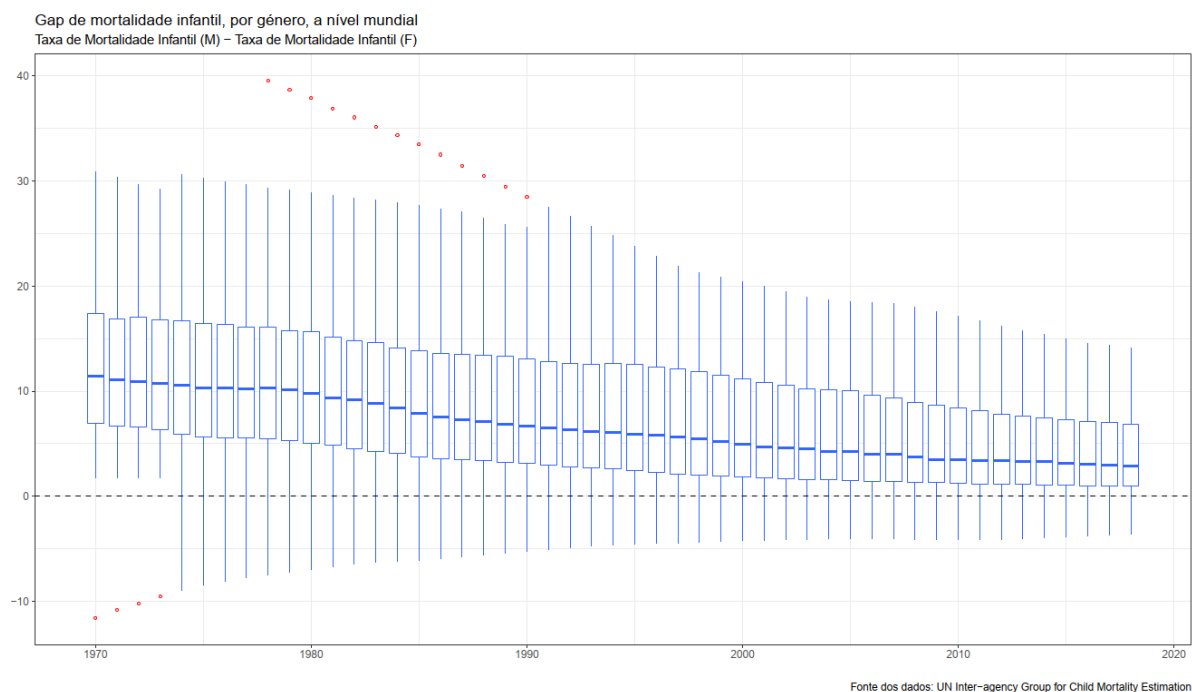


Figura 7. O gap nas taxas de mortalidade infantil, por género

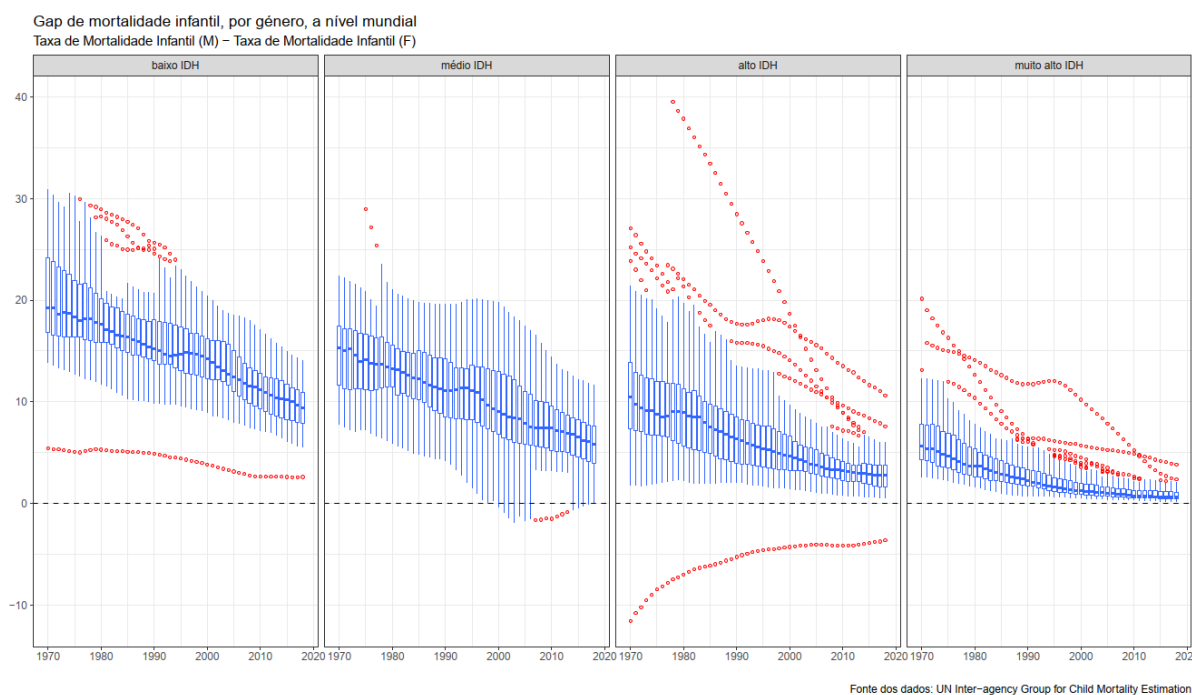


Figura 8. O gap nas taxas de mortalidade infantil, por género, e níveis de desenvolvimento humano

A literacia em saúde dos pré-adultos pós-pandemia: de que forma o novo paradigma digital alterou a vida escolar.

José Rafael Moita Coelho¹,

*Docente Assistente Convidado, Escola Superior de Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal.
jose.coelho@esce.ips.pt*

Resumo

O presente trabalho de pesquisa visa refletir sobre as consequências em termos de desempenho escolar dos estudantes pré-adultos do ensino secundário e profissional pré-universitário que a pandemia causou, nomeadamente nos hábitos de estudo e de trabalho autónomo que foi necessário realizar em períodos de confinamento social durante os anos de 2020 e 2021, associando aos mesmos o apuramento do nível de literacia para a saúde e a sua consequente colocação em prática, no que diz respeito às normas de prevenção para a doença Covid-19 emanadas pela Autoridade de Saúde para o mesmo período.

Esta reflexão e estudo enquadra-se no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, nomeadamente os objetivos 3 e 4, respetivamente Saúde de Qualidade e Educação de Qualidade.

Para o efeito foi realizado um estudo através da utilização do método de inquérito por questionário, que pretendeu apurar a perceção dos próprios alunos, de professores e de pais e encarregados de educação relativamente a estas temáticas, assim como da importância que as tecnologias digitais tiveram, positiva e negativamente, no decorrer das aulas e do ensino à distância.

As conclusões apontam para uma alteração de paradigma, eventualmente irreversível e cujos resultados, obtendo vantagens para o futuro em termos de sustentabilidade, existem também as desvantagens de uma dependência digital dos jovens estudantes e de uma aparente dificuldade resiliente em determinadas carências cognitivas e de concentração, que poderão evidenciar lacunas na saúde mental.

Palavras-chave: Literacia em Saúde, Covid-19, Confinamento, Aproveitamento Escolar, Dependência Digital

Abstract

The present research work aims to reflect on the consequences in terms of school performance of pre-adult secondary and pre-university professional students that the pandemic caused, namely in the habits of study and autonomous work that it was necessary to carry out in periods of social confinement during the years 2020 and 2021, associating them with the determination of the level of health literacy and its consequent implementation, regarding the prevention standards for the Covid-19 disease issued by the Health Authority for the same period.

This reflection and study fall within the scope of the Sustainable Development Goals of the 2030 Agenda, namely goals 3 and 4, respectively Quality Health and Quality Education.

For this purpose, a study was carried out using the questionnaire survey method, which aimed to determine the perception of the students themselves, teachers and parents and guardians regarding these themes, as well as the importance that digital technologies had, positively and negatively, during classes and distance learning.

The conclusions point to a paradigm shift, eventually irreversible and whose results, obtaining advantages for the future in terms of sustainability, there are also the disadvantages of a digital dependence of young students and an apparent resilient difficulty in certain cognitive and concentration deficiencies, that may highlight gaps in mental health.

Keywords: Health Literacy, Covid-19, Confinement, School Benefit, Digital Dependence

¹ Licenciado em Informática de Gestão pelo ISCAC | Instituto Politécnico de Coimbra, Mestre em Controlo de Gestão pelo ISCAC | Instituto Politécnico de Coimbra, Mestrando em Gestão Hoteleira de Saúde e Bem-estar (ESCE/ Instituto Politécnico de Setúbal) e em Programa de Doutoramento em Gestão (U. Évora).

Introdução

A literacia em saúde é um tema bastante pertinente e atual, na medida em que, cada vez mais a saúde é vista como uma área de intervenção prioritária tanto na governança estatal, como na iniciativa privada, uma vez que os gastos em saúde por parte de toda a economia são altos e com tendência para subirem, por isso, a tendência das políticas de saúde incidem cada vez mais na prevenção, uma vez que os gastos em evitar a doença são muito menores que os gastos com a sua cura e tratamento. Um dos fatores principais na prevenção da doença ou na preocupação pela manutenção da saúde é que a população em geral esteja munida de conhecimentos mínimos em saúde, não apenas do ponto de vista da automedicação, mas também no que toca à adoção de hábitos alimentares e comportamentos de vida saudáveis que, obviamente irão redundar numa saúde mais efetiva e num retardamento de situações de doença.

A problemática da Literacia em Saúde desperta a atenção do investigador na medida em que, apesar das preocupações das entidades competentes, a literatura não é abundante, mas o tema é na atualidade bastante considerado pelas autoridades governamentais e de saúde tanto nacionais, como europeias e mundiais, não apenas pelo advento da pandemia da Covid-19, mas também através dos problemas individuais e coletivos que a falta de literacia em saúde provoca na sociedade tanto ao nível económico-financeiro, social, ambiental e até à sobrecarga dos serviços nacionais de saúde que se têm verificado devido a surtos epidémicos.

A preocupação da Literacia em Saúde está, pois, patente na mente e nas tomadas de decisão da classe política, aconselhada pelos melhores técnicos de saúde.

O inquérito realizado a nível nacional, após ter sido realizado também a nível europeu (8 países). O ILS-PT (Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal) é um inquérito sobre literacia para a saúde realizado em 2016 em Portugal, no qual se apuraram diversos dados relativos ao tema e foram comparados com outros países participantes no HLS-EU (Health Literacy Survey in Europe) em 2014. Neste inquérito, apurou-se que Portugal é, desses 8 países escrutinados, o que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde (8,6%) e com a média europeia em 16,5%. Encontra-se em 2º lugar no que se refere à percentagem de pessoas com nível suficiente de Literacia em Saúde (42,4%), sendo que a média europeia é de 36%. No que se refere à percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde, Portugal apresenta um valor mais elevado (38,1%) do que a média europeia (35,2%). Com nível inadequado, apresenta um valor inferior (10,9%) ao da média europeia (12,4%).

O estudo ILS-PT identificou grupos muito vulneráveis no campo da Literacia em Saúde na população portuguesa: grupos em que 60% das pessoas registam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” com representação maior ou igual a 5% na amostra.

Numa comparação entre os resultados médios dos 8 países avaliados no Inquérito Europeu e Portugal podemos concluir que os valores médios nos índices de literacia em saúde são sempre ligeiramente mais baixos em Portugal do que nos outros países. A maior diferença verificada entre Portugal e a média dos países participantes no estudo europeu é pouco expressiva e regista-se no índice relativo aos cuidados de saúde (HC-HL – *Health Care – Health Literacy*).

Dos resultados do referido inquérito, foram extraídos dados relativos a três dimensões de nível da literacia geral em saúde: a literacia em cuidados de saúde, a literacia em prevenção da doença e a literacia em promoção da saúde, tendo sido consideradas estas três dimensões como os principais indicadores da literacia em saúde.

A promoção da Literacia em Saúde está principalmente relacionada com o desenvolvimento de competências pessoais, visando o controlo que cada pessoa tem sobre a sua saúde, bem como o aumento da sua capacidade para procurar informação e assumir responsabilidades (Peerson et al, 2009).

Tal contribui, sem dúvida, para um acréscimo do seu bem-estar e da sua qualidade de vida.

A DGS (Direção Geral da Saúde) promoveu um projeto denominado “Plano de Ação para a Literacia em Saúde (2019-2021)” (DGS, 2018). Este plano visa, manter a pessoa no centro da intervenção, melhorar continuamente, conscientemente e com sustentabilidade o nível de Literacia em Saúde da população residente em Portugal. Importa melhorar a LS (Literacia em Saúde) no contexto da navegação no SNS (Serviço Nacional de Saúde) e no Sistema de Saúde, em geral. Este Plano de Ação, considera a sua abordagem por ciclo de vida e enquadra a sua realização por *setting*, contexto e objetivos estratégicos. Este plano está enquadrado com os princípios da “Cidadania em Saúde”, “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde”, “Qualidade em Saúde”, “Políticas Saudáveis”, objetivos e metas para revisão do Plano Nacional de Saúde (PNS).

Vários estudos desenvolvidos ao longo dos anos revelam que populações com níveis mais elevados de LS evidenciam um conjunto de indicadores positivos, como: melhor utilização dos serviços de saúde (Tuijnman, 2000), participação ativa e informada nos cuidados de saúde, diminuição dos gastos com a saúde, redução das desigualdades em saúde e melhores resultados de saúde, assim como o aumento do bem-estar (Arriaga, 2019).

Por outro lado, as famílias têm ainda bem presente a mudança de paradigma a que grande parte do mundo foi forçado, devido à pandemia de Covid-19: a paragem de muitos serviços, nomeadamente aqueles com atendimento de público, turismo, comércio, serviços públicos e muitos outros, incluindo as escolas. O confinamento verificado em inúmeras cidades e países no mundo tornou as nossas casas habitadas durante todo o dia, com adultos, jovens e crianças à frente do computador durante todo o dia. A necessidade de um serviço de Internet com uma banda larga o suficiente para que todos os computadores e outros dispositivos eletrónicos se conseguissem ligar de forma eficiente e eficaz, foi real. Por vezes todos juntos na mesma sala, espalhados pelas mesas, cadeiras e sofás disponíveis, onde o conforto até poderia ser ótimo para uns, mas onde a necessidade de espaço para escrita nem sempre poderia ser possível e nem sempre a casa oferecia as mesmas condições que a escola presencial facultava.

Nesse contexto, os tempos que vivemos de pandemia por Covid-19, que nos obriga ao dever do confinamento, à mudança de rotinas, de formas de trabalho, de horários, à adaptação de novidades da tecnologia, etc., torna-se um desafio ainda maior, uma vez que a presença desta doença conduziu a mudanças nas práticas profissionais nas mais diversas áreas (Viegas, 2020).

Segundo Giddens, A. (2008), a família, como instituição social, não escapa às mudanças socioculturais que vão ocorrendo e, com o decorrer do tempo, as alterações que têm vindo a ocorrer tornaram o mundo familiar contemporâneo muito diferente de décadas anteriores. A “família, para além do lugar-comum segundo o qual representa o pilar fundamental das sociedades humanas, constitui de facto o primeiro enquadramento no qual a maioria dos seres humanos constrói toda a base dos primeiros conhecimentos” (INE, 2013, pag. 7).

De acordo com Boltanski & Thévenot (1999 *cit in* Viegas, 2020) estamos perante uma situação de prova, seguindo a terminologia da sociologia pragmática, tendo em conta que se trata de uma pandemia e que as modificações substanciais trazidas com novas práticas profissionais em bastantes áreas, convidam a uma reflexão e questionamento da realidade das nossas vidas. A pandemia por Covid-19 trouxe alterações significativas na forma como vivemos, como nos relacionamos, desde o contacto social, à falta do “toque humano”, à modificação das rotinas, dos horários, dos hábitos, introduzindo alterações substanciais na vida em geral (Santos et al., 2020).

A pandemia de Covid-19 também veio proporcionar, a partir de 2020, alterações irreversíveis ao nível da utilização dos meios digitais. A falta de opção, a nova forma de obter o necessário para a vida, por não se poder sair de casa, o mundo passou a estar no nosso monitor ou visor

para resolver as muitas das atividades e problemas do dia-a-dia. Essa adaptação, foi necessária por todas as partes, quer pelo público em geral, consumidores, trabalhadores, estudantes, quer pelas empresas, fornecedores de serviços, etc. Medidas como a adoção generalizada de trabalho/ensino remoto foram o grande desafio colocado no primeiro trimestre de 2020 (Savić, 2020).

Porém o facto de toda a família estar em casa, algumas necessidades de maior aprendizagem na literacia digital foram tentadas colmatar. Resta conhecer até que ponto essa procura de satisfação de necessidades se veio a tornar em adições inesperadas, por parte de alguns membros da família, quer nos jogos lúdicos, quer nos jogos on-line, quer nos jogos de sorte e azar. Interrogações também se colocam ao nível da preocupante dependência digital que já se vinha notando antes da pandemia, por parte de muitos dos jovens, pode a mesma ter-se agudizado durante estes longos períodos longe da escola, do controlo dos educadores e formadores escolares, das inevitáveis ajudas que muitos pais e outros adultos foram facilitando aos seus jovens, estando todos em casa, podendo essas práticas ter provocado algum enviesamento nas reais avaliações obtidas pelos alunos neste período.

Neste contexto, revelou-se pertinente a realização de uma reflexão, baseada em dados obtidos através da opinião expressa dos principais protagonistas da educação, no que diz respeito aos jovens pré-adultos e pré-universitários: alunos, professores e pais / encarregados de educação, estando estes jovens em idade na qual nem sempre o sentido de responsabilidade já se encontra num patamar que o coloque numa posição pouco suspeita de recusa ocultada ao estudo. As questões que pretendem responder serão então:

- De que forma o isolamento e o distanciamento da escola, alterou hábitos de trabalho e estudo letivo dos jovens?
- A eventual falta de supervisão dos seus trabalhos e estudo transformou a atitude dos jovens no sentido de uma maior passividade relativamente aos mesmos?
- O facto de que, estando em casa, existindo a possibilidade de consulta em avaliações, pode ter prejudicado a assimilação de conhecimentos?
- O maior tempo passado na utilização de meios digitais poderá ter-se revelado prejudicial ao aluno, no sentido de uma maior dependência da sua utilização para meios que não os didáticos?
- O fator de um eventual aumento da dependência digital poderá ter prejudicado a saúde mental e o isolamento social e efetivo dos jovens?

- Os jovens terão consciência de que determinados problemas de saúde mental podem ser evitados através de uma maior literacia para a saúde?

Metodologia

Da definição de Literacia em Saúde (LS) da OMS (Organização Mundial da Saúde): “**o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde**”.

Definiu-se assim, na elaboração de questões que nos determinarão indicadores de carácter mais qualitativo, serão tidas em linha de conta as premissas decompostas da definição de “Literacia em Saúde” proclamada pela OMS:

- Conjunto de competências cognitivas e sociais [do cidadão];
- Capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação;
- Possuir formas de promover e a manter uma boa saúde, [baseada na informação de que dispõe].

Nesta medida, as questões a colocar à população, deverão funcionar como despiste de todas estas dimensões: cognitivas, sociais, económicas, literárias e tecnológicas.

Serão cruzados os critérios da Literacia em Saúde, cujos índices já referidos anteriormente e utilizados nos ILS-PT:

- A literacia em cuidados de saúde;
- A literacia em prevenção da doença;
- A literacia em promoção da saúde;

Com alguns dos indicadores relacionados relativamente aos ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) 3 e 4, respetivamente da Saúde de Qualidade e da Educação de Qualidade.

ODS 3 – SAÚDE DE QUALIDADE

GARANTIR O ACESSO À SAÚDE DE QUALIDADE E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES

O ODS 3 VISA GARANTIR A SAÚDE E PROMOVER O BEM-ESTAR EM TODAS AS IDADES, MELHORANDO A SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA E INFANTIL; PÔR TERMO ÀS EPIDEMIAS DAS PRINCIPAIS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS; E REDUZIR AS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E MENTAIS. APELA IGUALMENTE À REDUÇÃO DOS FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS E AMBIENTAIS PARA A SAÚDE.

Fonte: Pordata.pt

De todos os indicadores de cada um dos referidos objetivos, os que se encontram mais diretamente relacionados com este trabalho de investigação são os seguintes:

- **Da Saúde de Qualidade**

- *População com boa ou muito boa percepção do seu estado de saúde, por sexo (%)*
 - Que países têm maior e menor proporção de pessoas, com 16 ou mais anos, que avaliam a sua própria saúde como boa ou muito boa?
 - *População com necessidades insatisfeitas de cuidados médicos, por sexo (%)* Em que países há mais e menos pessoas, com 16 ou mais anos, que não tiveram acesso a cuidados de saúde por motivos financeiros, devido às listas de espera ou à distância?

ODS 4 – EDUCAÇÃO DE QUALIDADE

GARANTIR O ACESSO À EDUCAÇÃO INCLUSIVA, DE QUALIDADE E EQUITATIVA E PROMOVER OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA PARA TODOS

O ODS 4 PROCURA GARANTIR O ACESSO A EDUCAÇÃO EQUITATIVA E DE QUALIDADE EM TODAS AS FASES DA VIDA, BEM COMO AUMENTAR O NÚMERO DE JOVENS E ADULTOS COM COMPETÊNCIAS RELEVANTES PARA O EMPREGO, EMPREGOS DIGNOS E EMPREENDEDORISMO. O OBJETIVO TAMBÉM PREVÊ A ELIMINAÇÃO DAS DISPARIDADES DE GÊNERO E DE RENDIMENTOS NO ACESSO À EDUCAÇÃO.

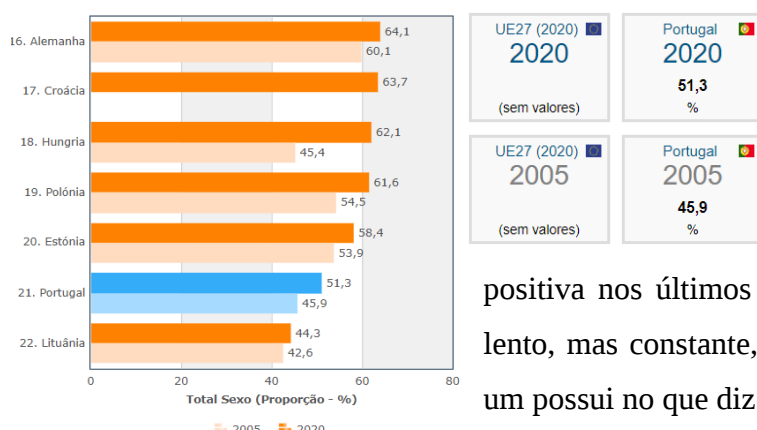
- **Da Educação de Qualidade**

- *Taxa de abandono precoce de educação e formação por sexo*
 - Que países têm maior e menor percentagem de homens e de mulheres entre os 18 e os 24 anos que deixaram de estudar sem terminar o secundário?
- *Insucesso na leitura, matemática e ciências*
 - Que países têm maior e menor percentagem de estudantes com 15 anos que revelam baixas capacidades de leitura, matemática e ciências no teste internacional PISA?
- *População com pelo menos competências digitais básicas por sexo (%)*
 - Em que países há uma maior ou menor percentagem de pessoas, entre os 16 e 74 anos, com o nível básico de competências digitais?

Indicadores da Saúde

A) População com boa ou muito boa percepção do seu estado de saúde, por sexo (%)

Gráfico 1 - Percepção do Estado de Saúde

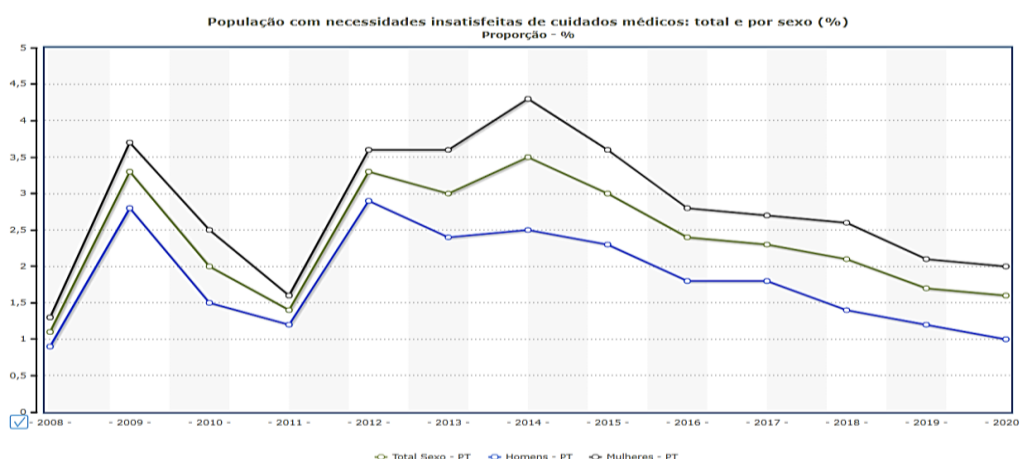


Entende-se através deste indicador que Portugal se encontra no 21º lugar em 27 países da EU (União Europeia), sendo que a evolução tem sido positiva nos últimos 15 anos, mas a um ritmo bastante lento, mas constante, relativamente à percepção que cada um possui no que diz respeito à sua condição de saúde.

B) População com necessidades insatisfeitas de cuidados médicos, por sexo (%)

Desde que existem dados (2008) até 2020, a evolução em Portugal no que diz respeito à insatisfação de cuidados médicos dos cidadãos, o percentual daqueles que não se encontram satisfeitos é apenas de 1,6% e Portugal está acima da média (11º lugar) no âmbito da UE, pelo que podemos constatar que os serviços de saúde disponibilizados pelo país são bem considerados. Compreende-se ainda que este indicador oscilou durante o tempo, alcançando os seus maiores picos de insatisfação em 2009 e em 2014, anos que coincidiram com o início da crise financeira internacional e o período de intervenção da *Troika* em Portugal, tendo depois dessa data, sempre vindo a decrescer.

Gráfico 2 - Necessidades de Saúde Insatisfeitas



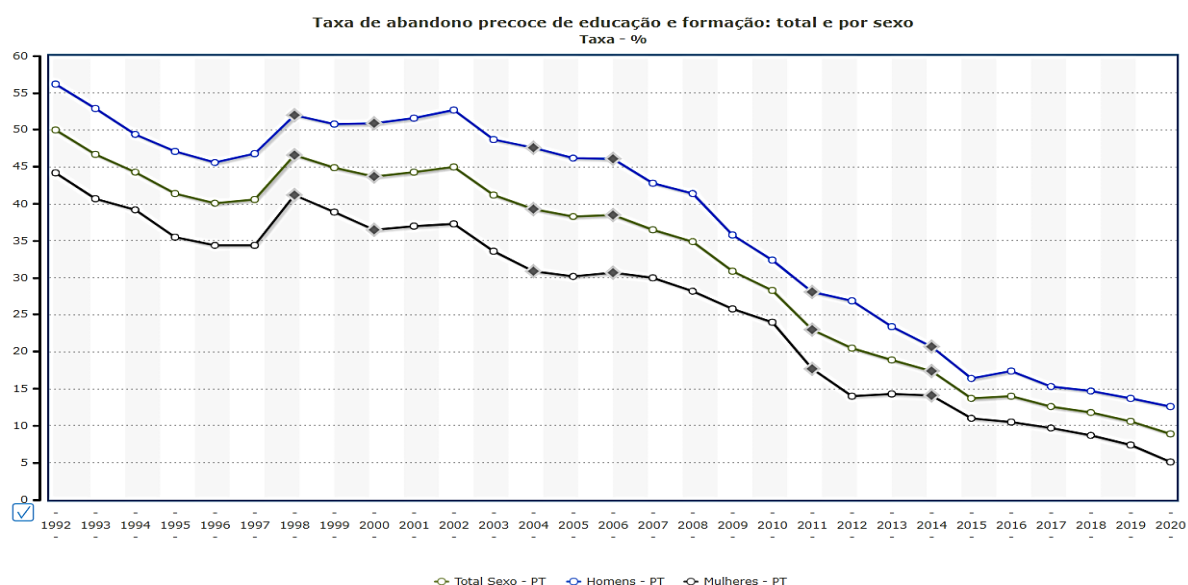
Indicadores da Educação

C) Taxa de abandono precoce de educação e formação por sexo

- META Na UE, até 2030, a taxa de abandono escolar precoce deverá ser inferior a 9%

Relativamente aos indicativos ODS para a Qualidade da Educação, a Taxa de abandono precoce da escola por parte de jovens apresenta um decréscimo acentuado desde 1992, quando a escolaridade obrigatória era ainda o 9.º ano, esse percentual cifrava-se em 50% e descido quase ininterruptamente até 2020 para os 8,9%, valor este que já se encaixa na meta da EU para 2030 que será de 9%.

Gráfico 3 - Abandono Escolar

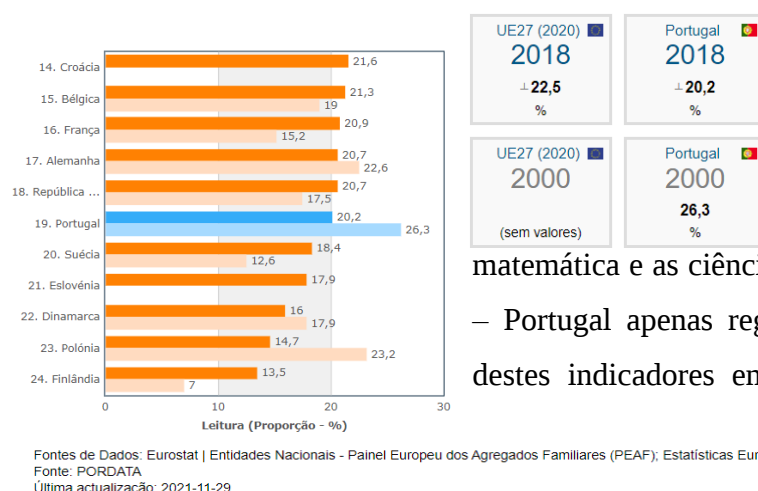


Fontes de Dados: Eurostat | Entidades Nacionais - Painel Europeu dos Agregados Familiares (PEAF); Estatísticas Europeias sobre Rendimentos e Condições de Vida (EU-SILC)
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2021-11-29

D) Insucesso na leitura, matemática e ciências

- META Na UE, até 2030, a percentagem de alunos com 15 anos de idade e fraco aproveitamento em leitura, matemática e ciência, deverá ser inferior a 15%

Gráfico 4 - Literacia na Leitura, Matemática e Ciências



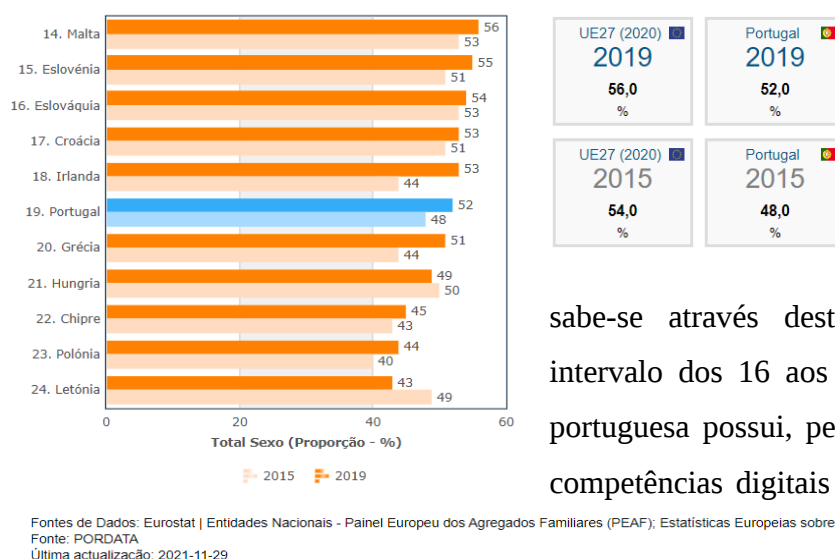
Torna-se aqui também pertinente avaliar o indicador da literacia em disciplinas base, como a leitura (línguas), a matemática e as ciências. Em 18 anos – de 2000 a 2018 – Portugal apenas registou uma descida no insucesso destes indicadores em cerca de 6pp, encontrando-se,

porém, ainda abaixo da média europeia, num pouco honroso 19º lugar, havendo por isso algum caminho a percorrer nesta matéria. De salientar que a meta da EU para 2030 se cifra nos 15%, pelo que Portugal, para acompanhar esta meta, terá de reduzir o índice em cerca de 5pp em 12 anos, quando demorou dezoito anos para o reduzir 6pp, pelo que o esforço terá de aumentar substancialmente.

E) População com pelo menos competências digitais básicas por sexo (%)

- META Na UE, até 2025, 230 milhões de adultos deverão ter pelo menos competências digitais básicas, o que abrange 70% da população adulta da EU

Gráfico 5 - Competências Digitais



Apesar de não ser possível distinguir, através dos dados estatísticos disponíveis as diferenças etárias, sabe-se através deste indicador genérico, no intervalo dos 16 aos 74 anos, que a população portuguesa possui, pelo menos cerca de 52% de competências digitais em 2019, porém, nos anos

em que há registos (apenas desde 2015), o índice tem vindo a aumentar de forma gradual e lenta, apesar de a Internet, os seus serviços e os equipamentos disponíveis crescerem exponencialmente desde há muitos anos, em termos de rapidez, eficiência, capacidade de

armazenamento e usabilidade. A meta da EU a alcançar em 2030 é de 70% para a população adulta, o que significa que, em Portugal, continuando com a mesma tendência, essa meta não será atingida, se não existirem mais *inputs* de literacia na digitalização.

Realizada esta análise, definiram-se as questões a colocar ao público-alvo no lançamento do inquérito por questionário. Na tabela seguinte, cruzam-se as questões com os indicadores de Saúde e Educação anteriormente analisados, assim como os três índices de Literacia em Saúde também já referidos.

Tabela 1 - Cruzamento das Questões com os Índices e Indicadores Estabelecidos

SAÚDE		EDUCAÇÃO			LITERACIA EM SAÚDE	
A) População com boa ou muito boa percepção do seu estado de saúde	B) População com necessidades insatisfeitas de cuidados médicos	C) Taxa de abandono precoce de educação e formação	D) Insucesso na leitura, matemática e ciências	E) População com pelo menos competências digitais básicas	L1) Cuidados de saúde; L2) Prevenção da doença; L3) Promoção da saúde	
1. Considera que o acesso à informação sobre saúde de um modo geral é bom.						Q1
X					L2, L3	
2. Considera que os alunos se encontram devidamente informados(as) relativamente às restrições sanitárias devido à pandemia de Covid-19, atendendo ao seu cumprimento nas aulas e na escola.						Q2
X					L2	
3. Considera que o Estado e as Autoridades de Saúde informam a população devidamente em relação aos cuidados de saúde.						Q3
	X				L1	
4. Durante a pandemia de Covid-19 teve facilidade em contactar com os serviços de saúde (centro de saúde, hospital, SNS24...).						Q4
	X				L1	
5. Considera que as condições sociais e económicas dos alunos facilitaram o seu acesso aos serviços e cuidados de saúde.						Q5
	X				L1, L3	
6. Considera que os alunos interpretam bem as instruções médicas que lhes são transmitidas pelos profissionais de saúde.						Q6
X					L1, L2, L3	
7. As decisões que os alunos tomam no que diz respeito à sua condição de saúde são as mais lúcidas e adequadas.						Q7
X					L2, L3	

8. Durante a Pandemia e em confinamento, pensa que os alunos não tiveram problemas em assistir a aulas e em realizar trabalhos e atividades à distância.						Q8
		X				
9. Perceciona que todos os problemas e dúvidas dos alunos durante a Pandemia foram esclarecidas devidamente, mesmo à distância.						Q9
			X			
10. Considera que durante a pandemia, a atenção às aulas e aos assuntos da escola por parte dos alunos foram os mesmos ou melhores do que na forma presencial.						Q10
			X			
11. Durante a pandemia, considera que os alunos conseguiram utilizar os meios digitais (no computador ou telemóvel) adequadamente para as atividades letivas.						Q11
				X		
12. Considera que após a pandemia os alunos não ficaram mais dependentes dos meios e plataformas digitais do que se encontravam antes.						Q12
		X		X		
13. Considera que nas famílias dos alunos, houve facilidade em adaptarem-se ao novo paradigma pós-Covid-19 em termos de práticas de prevenção de doença.						Q13
	X			X	L2	
14. Considera que, se não tivesse existido a pandemia, o aproveitamento escolar dos alunos teria sido o mesmo ou melhor.						Q14
		X	X		L3	

Fonte: Elaboração Própria

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O inquérito por questionário foi realizado no ambiente de uma escola profissional na qual são lecionados cursos de CEF (Curso de Educação e Formação) para obtenção do 9º ano de escolaridade e cursos técnicos profissionais – do 10º ao 12º ano de escolaridade, cuja população ronda as 300 pessoas, constituída por alunos, professores e encarregados de educação. A plataforma utilizada foi o Google® Forms e o método de divulgação foi o envio de *link* por mensagem de correio eletrónico direcionado individualmente.

As três categorias foram convidadas a responder ao questionário, dos quais foram obtidas 89 respostas, ou seja, 29,7% da população aceitou responder. Destes, 36% eram Professores, 24% eram Enc. de Educação e 40% eram Alunos. Verifica-se por isso que, proporcionalmente à população original, os professores, foram os que mais participaram neste inquérito, muito devido à sua maior sensibilidade relativamente à temática em questão, pois ela muito tem relacionado com o seu trabalho do dia-a-dia e por isso com as suas preocupações. As questões colocadas foram semelhantes a todas as categorias da população, no intuito de extrair as 3 diferentes visões dos problemas em questão.

Gráfico 6 - Ano de Escolaridade que frequenta (Aluno, Enc. Educação) ou que leciona (Professor)

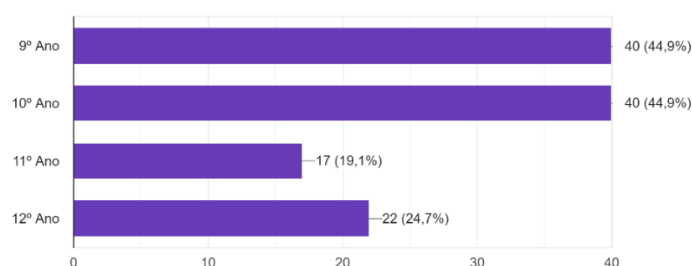


Gráfico 7 - Escalão Etário dos Inquiridos

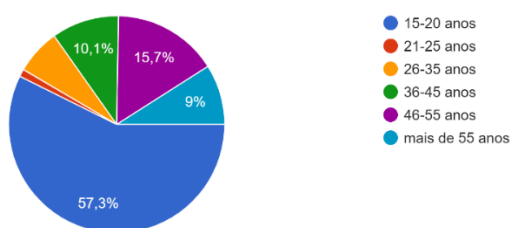
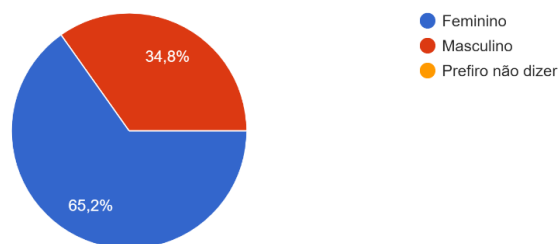


Gráfico 8 - Género dos Inquiridos



Todas as respostas foram recolhidas utilizando uma escala de *Likert*, com opções entre 1 e 5, sendo que 1 representaria “Discordo Completamente” e 5 “Concordo Completamente”.

Tabela 2 - Respostas às questões por Categoria da População

	Escala	Tema	Alunos	Professores	Enc. Educação	Observações
		(S, E, L)				
Questão 1	1	S, L	0%	3,2%	5%	Os professores são os que menos concordam que o acesso à informação oficial sobre a saúde seja bom.
	2		0%	0%	5%	
	3		23,7%	38,7%	30%	
	4		50%	45,2%	25%	
	5		26,3%	12,9%	35%	
Questão 2	1	S, L	0%	3,2%	5%	Os Encarregados de Educação (EE) julgam que os seus educandos estão bem informados acerca das medidas de proteção, mas a percepção dos professores é isso não é verdade, atendendo ao que assistem nas aulas.
	2		2,6%	9,7%	0%	
	3		15,8%	9,7%	5%	
	4		44,7%	61,3%	30%	
	5		36,8%	16,1%	60%	
Questão 3	1	S, L	0%	3,2%	10%	Na generalidade, a população inquirida concorda que o Estado informa bem sobre os cuidados de saúde.
	2		5,3%	12,9%	5%	
	3		21,1%	9,7%	10%	
	4		50%	48,4%	40%	
	5		23,7%	25,8%	35%	

Questão 4	1	S, L	2,6%	9,7%	30%	A maioria da população concorda que houve alguma dificuldade em contactar os serviços de saúde durante a pandemia, principalmente os professores.
	2		7,9%	12,9%	20%	
	3		28,9%	29,0%	15%	
	4		34,2%	45,2%	5%	
	5		26,3%	3,2%	30%	
Questão 5	1	S, L	2,6%	6,5%	20%	De um modo geral, principalmente os professores, concordam que a situação económico-social das famílias dificultou o acesso à saúde.
	2		7,9%	16,1%	25%	
	3		31,6%	61,3%	15%	
	4		34,2%	6,5%	15%	
	5		23,7%	9,7%	25%	
Questão 6	1	S, L	0%	3,2%	0%	Nesta questão, existe grande discrepância de percepções, uma vez que os EE concordam plenamente que os alunos compreenderam bem as instruções dos profissionais de saúde, os alunos, também concordam, no entanto, os professores apenas concordam razoavelmente com a afirmação.
	2		5,3%	12,9%	0%	
	3		21,1%	48,4%	15%	
	4		44,7%	35,5%	20%	
	5		28,9%	0%	65%	
Questão 7	1	S, L	0%	12,9%	0%	Os EE acham que os seus educandos tomam boas decisões em termos de saúde, enquanto os próprios apenas razoavelmente pensam o mesmo, já os professores consideram que os alunos são pouco tendentes a cuidar da sua saúde.
	2		0%	25,8%	5%	
	3		36,8%	38,7%	5%	
	4		34,2%	22,6%	40%	
	5		28,9%	0%	50%	
Questão 8	1	E, L	2,6%	9,7%	10%	Relativamente a atividades e trabalhos letivos em altura de confinamento, existem também discrepâncias de percepção entre professores, alunos e os próprios EE, pois os primeiros consideram que houve alguns problemas, os próprios alunos dividem-se nas opiniões, enquanto os EE pensam que não existiram problemas de maior.
	2		7,9%	35,5%	5%	
	3		28,9%	41,9%	15%	
	4		26,3%	12,9%	25%	
	5		34,2%	0%	45%	
Questão 9	1	E	5,3%	6,5%	5%	Também os professores pensam que nem todos os problemas e dúvidas dos alunos conseguiram ser bem esclarecidas durante as aulas on-line, os próprios alunos dividem-se e os EE, pensam que, na maioria, os problemas letivos foram resolvidos.
	2		2,6%	25,8%	5%	
	3		34,2%	41,9%	20%	
	4		28,9%	19,4%	30%	
	5		28,9%	6,5%	40%	
Questão 10	1	E	10,5%	32,3%	5%	Nesta questão, as opiniões também se dividem, mas desta vez pela negativa, pois de um modo geral, são mais os que consideram que a atenção dos alunos nas aulas on-line foi mais problemática do que nas aulas presenciais, incluindo os próprios alunos.
	2		7,9%	48,4%	30%	
	3		21,1%	12,9%	30%	
	4		31,6%	6,5%	15%	
	5		28,9%	0%	20%	
Questão 11	1	L	10,5%	3,2%	20%	A proficiência na utilização dos meios digitais para as aulas on-line, também dividem opiniões, pois os professores só em parte pensam que os alunos conseguiram, a maioria dos EE pensam que não e os próprios alunos acham que sim.
	2		2,6%	29%	20%	
	3		26,3%	35,5%	30%	
	4		31,6%	25,8%	15%	
	5		28,9%	6,5%	15%	

Questão 12	1	S, L	3,7%	9,7%	10%	A dependência dos meios digitais questionada revela que os alunos acham que não ficaram mais dependentes, enquanto EE e professores julgam que sim.
	2		5,3%	16,1%	10%	
	3		36,8%	41,9%	20%	
	4		26,3%	22,6%	35%	
	5		23,7%	9,7%	25%	
Questão 13	1	S, L	0%	3,2%	0%	Apenas os professores não concordam completamente que as famílias terão conseguido adaptar-se em termos de prevenção da doença, após a pandemia. Alunos e EE consideram que houve de facto uma melhoria nos seus hábitos.
	2		2,6%	19,4%	0%	
	3		26,3%	54,8%	20%	
	4		36,8%	22,6%	45%	
	5		34,2%	0%	35%	
Questão 14	1	S, E, L	10,5%	3,2%	5%	A maioria dos inquiridos consideram que a pandemia trouxe prejuízos ao conhecimento, na medida em que, sem ela, o aproveitamento dos alunos teria sido melhor, principalmente os EE.
	2		5,3%	25,8%	0%	
	3		21,1%	19,4%	20%	
	4		31,6%	35,5%	20%	
	5		31,6%	16,1%	55%	

Fonte: Elaboração Própria

Legenda: S=Saúde, E=Educação, L=Literacia em Saúde

CONCLUSÃO

Os resultados desta investigação vêm de certa forma confirmar a pertinência no levantamento das questões colocadas para enunciar o presente problema.

De facto, existem diferentes perceções da realidade do ensino pré-universitário pós-pandemia, consoante a visão for realizada pelo Professor, pelo Enc. de Educação ou pelo Aluno. Pela maioria das respostas dadas, denota-se a existência de alguma distância de opiniões entre os Professores e os Encarregados de Educação. A esse facto não são alheias três realidades: i) as muitas horas que os alunos passam na escola com os professores, por vezes mais do que as horas que passam com os pais; ii) os fatores de níveis de atenção e concentração que os professores têm de exigir aos alunos nas aulas, para que estes consigam atingir os seus objetivos de aproveitamento, facto que, em casa, os pais não têm necessidade de se preocupar; iii) a dissimulação que muitos alunos utilizam enquanto filhos ou educandos em termos de postura, de atitude e de convivência social, quando se encontram junto dos seus educadores, ao invés do que adotam quando se encontram na escola.

Muitos dos alunos têm as noções básicas das normas e regras tanto ao nível da prevenção da doença, como da promoção da saúde, mas muitas vezes descuram-nas. Provavelmente devido à postura social que adotam relativamente aos seus pares: o fator de simbiose e convergência de atitude, o seguir a tendência no que diz respeito ao que se veste, ao que se ouve, ao que se

dança, como se fala, o que se bebe e o que (por vezes também) se consome, numa tentativa de se ajustarem à “sua” sociedade, à “sua” geração.

O conflito de gerações sempre existiu e provavelmente continuará a existir e o que para o jovem de hoje é “normal”, para o atual pai, mãe ou professor – que são necessariamente de outra geração – é por vezes inconcebível. Também se denota que o fator social e das relações entre pares foi de alguma forma prejudicada com os períodos de confinamento, pois os alunos passam mais tempo no telemóvel do que a conviverem de forma saudável uns com os outros, mesmo nos períodos de pausas entre aulas.

Os resultados deste estudo demonstram que a pandemia não foi um bom período para a educação, os jovens em ensino à distância, muitas vezes sem os educadores para os controlar, passaram a ocupar ainda mais tempo nas aplicações digitais, tornando-os mais dependentes da utilização do telemóvel. Muitas das famílias, não estavam estruturalmente preparadas para este impacto, uma vez que não existiam por vezes equipamentos em casa suficientes para todos os utilizadores: alunos e pais em teletrabalho. No regresso à escola pós-pandemia, as escolas foram convocadas a estimular uma eventual recuperação de conteúdos eventualmente não assimilados durante o período de confinamento, através da aplicação de diagnósticos aos alunos, desta vez, presenciais, sem a possibilidade de poderem realizar consultas que enviassem os resultados.

Apesar da grande e constante divulgação por parte dos organismos governamentais acerca das regras de combate à Covid-19, muitos dos jovens ao voltarem à escola, foram de alguma forma displicentes, não evitando a proximidade física, deixando a máscara descair, entre outras situações e, por isso, muitos dos que ainda não tinham sido atingidos pelo vírus, acabaram por sê-lo no regresso à escola, por esses motivos. Reconhece-se, apesar disso, que na atualidade, apenas não se encontra informado quem não o deseja, pois, a informação é disseminada de forma fulminante, apenas deverá existir o cuidado de filtrar que informação é a verdadeira, por isso, em caso de dúvida, não são as redes sociais que o cidadão deve consultar, mas os portais oficiais, onde se encontra toda a informação fidedigna.

Os professores, realizaram um esforço tremendo para conseguirem captar a atenção dos alunos, não os deixar cair, principalmente aqueles que maiores dificuldades apresentavam. Tentaram reinventar-se através da transformação de materiais manuseáveis para os digitais, adotar meios de avaliação eficazes e que não prejudicassem os alunos, mas tentando que os mesmos não fossem demasiado viciáveis. Os Professores, também eles que, muitas vezes, estavam em

teletrabalho, longe da escola, foram obrigados a utilizar os seus meios pessoais para uso comunitário, sacrifícios que provavelmente não terão sido devidamente reconhecidos como o foi para o setor da saúde.

Neste estudo, as respostas que ainda não se conseguem obter e que se sugerem para estudos futuros são as questões relacionadas com as consequências para a saúde mental dos jovens a sua aparente e crescente dependência e adição aos meios digitais, nomeadamente às redes sociais e aplicações de jogos e vídeos em telemóveis, assim como a sua constante falta de controlo e concentração nas atividades mais importantes das suas vidas: a aprendizagem, o conhecimento e as relações sociais saudáveis, sem deixar cair os valores humanistas e democráticos da cultura ocidental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriaga, M. T. D. (2019). *Literacia em saúde na prática*, 11-15. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor Literacia em Saúde do cidadão., p. http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7658/1/Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20pr%C3%A1tica_11.pdf.
- DGS. (2018). Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*, pp. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>.
- Giddens, Antony (2008). *Sociologia (6ª edição)*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, Portugal.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2013). *Aprendizagem Ao Longo Da Vida - Inquérito à Formação e Educação de Adultos (Edição 2013)*. Lisboa
- Peerson, A. et al (2009), *Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?* Health Promotion International, Volume 24, Issue 3, September 2009, Pages 285–296, disponível em <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>.
- Santos, Marco Olímpio dos; Chainho, Carla Maria; Ventura, Ana Maria; Marques, António Pedro e Silva, Maria Luísa (2020). *Abordagem Exploratória Sobre Consequências Da Covid-19 No Confinamento e No Pós Confinamento: A Opinião de Investigadores Do CICS*. NOVA. U. Évora. Desenvolvimento e Sociedade Dezembro. file:///D:/UE Doutoramento/A Sociologia da Família/2º ano e 3º ano/COVID-19/Causas e consequências do confinamento.pdf.
- Savić, D. (2020). *COVID-19 and work from home: Digital transformation of the workforce*. Grey Journal (TGJ), 16(2), 101–104.
- Tuijnman, A. (2000). *Pesquisa Internacional de Alfabetização de Adultos. Aferição da alfabetização de adultos na América: um estudo comparativo internacional*.
- Viegas, Maria da Graça (2020). *A Pandemia e as Novas Comunidades de Prática Informais: O Caso das Escolas – Uma Reflexão*. Desenvolvimento e Sociedade CICS.NOVA. U. Évora Dezembro. file:///D:/UE Doutoramento/A Sociologia da Família/2º ano e 3º ano/COVID-19/A pandemia e as escolas 479-2211-2-PB.pdf.

Terapia da dignidade: eficácia e barreiras

Joana Armário, Instituto Politécnico de Setúbal, joana.armario@estudantes.ips.pt
Hugo Franco, Instituto Politécnico de Setúbal, NURSE'IN - Unidade de Investigação em Enfermagem Sul e Ilhas [UIESI], hugo.franco@ess.ips.pt

Resumo

Enquadramento: A terapia da dignidade surge em função da clarificação dos aspetos que confluem para a promoção da dignidade humana, presentes no modelo da dignidade em fim de vida, com vista à diminuição do sofrimento psicossocial e existencial e promoção do significado e esperança na última etapa do ciclo vital. Possibilita, igualmente, contribuir para a satisfação do terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável, no sentido em que, as suas particularidades contribuem para o acesso à saúde de qualidade e consequente bem-estar. Objetivos: Identificar os resultados e sistematizar os principais desafios referentes à implementação da Terapia da Dignidade à pessoa em fim de vida, em cuidados paliativos. Material e métodos: Revisão Narrativa da Literatura, baseada no protocolo JBI 2020, com pesquisa realizada em cinco bases de dados, tendo como suporte diversos descritores e limitadores. Posteriormente, foram selecionados cinco artigos, por meio do refinamento da pesquisa, extração e síntese de dados. Resultados: Realizada uma síntese temática dos resultados nos domínios de aceitação, viabilidade e satisfação e eficácia para os utentes, profissionais de saúde e família, e barreiras identificadas pelos Enfermeiros na implementação desta terapia, agregadas em três esferas, pessoal, interpessoal e organizacional. A sistematização possibilitou apresentar uma proposta de melhoria dos cuidados de enfermagem, nomeadamente pela construção de um Processo de Enfermagem por cada um dos domínios referentes à terapia da dignidade. Conclusão: A evidência encontrada permitiu dar resposta aos objetivos inicialmente propostos, tendo sido demonstrada a eficácia da implementação da terapia da dignidade nos seus diversos domínios e os principais desafios sentidos pelos profissionais de Enfermagem, nas três esferas reconhecidas.

Palavras-chave: Enfermeiros (MH), Terapia da Dignidade, Cuidados Paliativos (MH)

Abstract

Background: The Dignity therapy arises in the function of clarifying the aspects that are relevant for the promotion of human dignity, present in the model of end of life dignity, in order to reducing psychosocial and existential suffering and promoting meaning and hope in the last stage of the life cycle. It also makes it possible to continue to the satisfaction of the third objective of sustainable development, in the sense that its particularities contribute to access to quality health and consequently well-being. Objectives: To identify the results and systematize the main challenges related to the implementation of Dignity Therapy to the person in the end of life, in palliative care. Material and methods: Narrative Literature Review, based on JBI 2020, with research conducted in five databases, with the support of several descriptors and limiters. Subsequently, five articles were selected, through the refinement of the research, extraction and synthesis of data. Results: Performed a thematic synthesis of the results in the domains of acceptance, feasibility and satisfaction and efficacy for users, health professionals and family, and barriers identified by nurses in the implementation of this therapy, aggregated in three spheres, personal, interpersonal and organizational. The systematization made it possible to present a proposal for the improvement of nursing care, namely the construction of a Nursing Process for each of the domains related to dignity therapy. Conclusions: The evidence found allowed to respond to the objectives initially proposed, having demonstrated the effectiveness of the implementation of dignity therapy in its various domains and the main challenges felt by nursing professionals in three recognized spheres.

Keywords: Nurses (MH), Dignity therapy, Palliative care (MH)

Introdução

Em termos históricos, o conceito de dignidade foi sofrendo diversas alterações ao longo dos tempos em função de três pólos: humanidade e Deus; indivíduo e sociedade; determinismo e liberdade. Este conceito, apesar de se expressar em apenas quatro sílabas, possui um valor

imensurável. Deriva do latim “*dignitas*” e “*dignus*”, que significam, mérito e valor, respetivamente (Julião, 2014).

Atualmente, a dignidade humana representa um princípio bioético, presente na Declaração Universal da Bioética e dos Direitos Humanos da *The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), que defende a promoção do respeito pela dignidade humana e a proteção dos direitos fundamentais do homem, relacionando, deste modo, a convergência entre estes dois conceitos.

A existência do ser humano só por si mesma, constitui um valor absoluto, sendo por isso cada pessoa um fim em si mesma e nunca um meio para atingir qualquer tipo de fins (Nunes et al., 2008; Julião, 2014; Franco et al., 2021). Neste sentido, o princípio da dignidade humana significa nas três vertentes, ética, deontológica e jurídica, o “reconhecimento do outro como um ser dotado de autonomia individual para o exercício à autodeterminação, com Liberdade de escolha em relação às decisões da sua vida.” (Nunes et al., 2008, p.38).

Em meados da década de 90, na Declaração dos Direitos dos Doentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), é reconhecido aos utentes o direito dos mesmos a um tratamento e morte dignos (Julião, 2014). O fim de vida ou o diagnóstico de doença terminal não implica a ausência de qualidade de vida, tal como defendem os artigos: 103º- Dos Direitos à Vida e à Qualidade de Vida e 108º- Do Respeito pelo Doente Terminal, entre outros que se relacionam, expostos na Deontologia Profissional de Enfermagem (Nunes et al., 2015).

De modo a perceber-se os fatores que influenciam o sentido de dignidade para os utentes em fim de vida, foi elaborado o Modelo da Dignidade em Fim de Vida de Chochinov et al., onde são descritas variáveis físicas, psicossociais e espirituais e questões que abrangem temas como: autonomia e controlo, aceitação, resiliência, vivência do momento presente, conforto espiritual, privacidade, apoio social, preocupações com o futuro, entre outros. Através deste modelo, foi possível clarificar os aspetos que confluem para a promoção da dignidade nestas situações e explorá-los, surgindo, assim, uma nova psicoterapia, Terapia da Dignidade (TD), baseada em três pilares, Forma-Criação de um Legado; Tonalidade e Conteúdo.

De uma forma sucinta, o primeiro diz respeito às estratégias de prolongar aspetos de influência do eu desaparecido para além do tempo limitado pela morte, colocando-as ao serviço dos outros” (Julião, 2014, p.56), podendo assumir diversas formas: escrita, gravada, filmada, pintada, objetos, entre outras.

O Segundo pilar, foca-se no “cuidar que reforça a cada momento a afirmação da pessoa e do genuíno suporte à sua fragilidade.” (Julião, 2014, p.58).

Por fim, o conteúdo, que se traduz num protocolo desenhado para conduzir a evolução da terapia (Julião, 2014). Seguindo a mesma linha de pensamento, esta terapia individualizada e de curto prazo foi desenvolvida com o objetivo de diminuir o sofrimento psicossocial e existencial e, deste modo, promover a dignidade, significado e esperança nos utentes que experienciam esta última etapa do ciclo vital. Baseia-se numa entrevista, norteadora por questões, como: ***“Quais os papéis mais importantes que desempenhou durante a sua vida?; Quais os seus feitos de que mais se orgulha?; Quais as suas esperanças e sonhos para os seus entes queridos?; O que aprendeu com a vida que gostasse de passar para as outras pessoas?”***, entre outras questões, onde é proporcionado aos utentes a oportunidade de abordarem experiências das suas vidas que mais apreciam recordar ou que tiveram mais importância para os mesmos, assuntos sobre os quais necessitam de falar, entre outros, sendo por isso um questionário flexível (Iani et al., 2020; Fitchett, Emanuel, Handzo, Boyken & Wilkie, 2015; Martínez et al., 2016).

A preparação desta terapia desenvolve-se em três momentos: Preparação da terapia (seleção dos participantes, apresentação formal da terapia ao utente e família e fornecimento do protocolo acima referido); Execução da Terapia (Reforço do papel do psicoterapeuta) e, por fim, Elaboração do Documento de Legado, que envolve quatro etapas: transcrição, com base na gravação da sessão, encadeamento lógico da entrevista e aprovação final, na qual é entregue um documento ao utente onde o mesmo poderá, ou não, realizar alterações ou enfatizar aspetos importantes para o mesmo (Grijó, 2019).

Como a evidência demonstra, a TD é eficaz na redução do sofrimento Psicossocial dos utentes em fim de vida (Grijó, 2019; Julião, 2014), são, no entanto, identificadas barreiras/desafios à execução da mesma, sendo este o tema desta revisão. Perante esta problemática, foi formulada a questão de investigação “Quais os resultados de implementação da Terapia da Dignidade à Pessoa em Fim de Vida, em Cuidados Paliativos?” / “What are the results of implementing the Dignity Therapy to the End of Life Person in Palliative Care?”.

Considerou-se, igualmente, importante procurar evidência relativamente aos desafios identificados pelos Enfermeiros na implementação desta terapia. Neste sentido, foi elaborada a seguinte sub-questão: “Quais os desafios identificados pelos Enfermeiros na implementação da Terapia da Dignidade à Pessoa em Fim de Vida, em cuidados paliativos?” / “What are the

challenges identified by Nurses in implementing Dignity Therapy for the End of Life Person in Palliative Care?”.

Método de Revisão

A questão de investigação apresentada nesta Revisão da Literatura foi elaborada segundo o método PICO de Joanna Briggs Institute (2020). Foram identificados critérios de inclusão para a População, Fenómeno de interesse e Contexto. Relativamente aos participantes foram incluídos os estudos que se referiam à Pessoa em Fim de Vida. Ao nível do fenómeno de interesse, os resultados de implementação da Terapia da Dignidade. Por fim, o contexto pretendido para esta revisão foram os Cuidados Paliativos.

Para além deste método, foi ainda definido como critério de inclusão para a seleção de artigos, todos os que se compreendessem entre 2014 a 2021 e que apresentassem os idiomas Português ou Inglês. Foram excluídos estudos que cumprissem os seguintes critérios de exclusão: artigos duplicados entre cruzamentos entre bases de dados; artigos pagos; artigos excluídos pelo título e pelo resumo; artigos completos excluídos que não cumprem os requisitos da seleção; artigos inelegíveis; e, por fim, artigos que não respondem à questão PICO.

Estratégia de pesquisa e identificação dos estudos

Com o objetivo de dar respostas à questão de investigação elaborada na presente Revisão Narrativa da Literatura, foi inicialmente elaborado um “brainstorming” com vários descritores relacionados com o tema em questão. Seguidamente foi colocada em prática a fórmula de pesquisa apresentada no Apêndice 1, nas seguintes bases de dados: *Academic Search Complete*, *CINAHL Plus with Full Text* e *Medline*. Foram também utilizadas mais duas bases de dados: *PubMed* e *Recaap*, onde se procedeu à pesquisa com os descritores “*Dignity Therapy*” e “*Palliative care*”.

Após a realização da pesquisa, a mesma foi refinada através da eliminação dos documentos duplicados, análise do título e resumo dos mesmos, tendo sido selecionados cinco, identificados pelas letras do alfabeto da evidência mais recente para a mais antiga:

2 Revisões Sistemáticas da Literatura da base de dados PubMed (“Efeitos da terapia da dignidade nos familiares de doentes paliativos: Uma Revisão Sistemática– [C]; “*“Dignity therapy”, a promising intervention in a palliative care: A comprehenssive systematic literature review.*”– [D]);

1 Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado, da base de dados Recaap (“Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado.” – [E]);

1 Revisão da Literatura da base de dados PubMed (“*Dignity Therapy for End-of-Life Care Patients: A Literature Review.*” – [B];

1 Estudo misto da base de dados Academic Search Complete (“*Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit.*” – [A].

Extração de dados

A extração de dados foi realizada por mais do que um revisor.

O artigo “*Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit.*”, é um estudo misto, que detém como principal objetivo avaliar a viabilidade e aceitação da implementação da terapia da dignidade, liderada por enfermeiros, em pessoas com diagnóstico de neoplasia em estado avançado, que se encontram a receber cuidados paliativos. Foram selecionados 50 participantes encaminhados para a consulta de cuidados paliativos, segundo os seguintes critérios de elegibilidade: idade igual ou superior a dezoito anos; estadió avançado da patologia; expectativa de vida de mais de três meses, segundo avaliação médica; capacidade funcional entre 0-2, avaliado segundo a *Eastern Cooperative Oncology Group-ECOG*, consciência da gravidade da situação e capacidade cognitiva para ler, compreender e preencher um questionário. Relativamente às intervenções, foi realizada uma entrevista, conduzida por cinco enfermeiras do departamento de oncologia, previamente treinadas para a implementação da terapia da dignidade por profissionais de saúde (médico e psicólogo especialista em cuidados paliativos), seguindo um protocolo de questões elaboradas. Foi gravado o áudio destas entrevistas e, posteriormente, transcrito e revisto, de modo a melhorar a sintaxe. Aquando da conclusão deste processo, os utentes leram o documento e forneceram o seu *feedback* para a construção do documento de Generatividade, que foi entregue ao utente para o mesmo partilhar com as suas pessoas significativas. A viabilidade e aceitação foram avaliadas mediante as taxas de inscrição e retenção, duração de cada sessão de TD e prazos relativos a cada etapa do estudo. O sofrimento relativo à dignidade foi avaliado antes e depois da intervenção, através de um questionário válido de 25 itens, que mede numa escala de Likert de 5 pontos a angústia percebida nas principais categorias. A experiência dos enfermeiros foi averiguada por meio de entrevistas

semiestruturadas com gravação em áudio (Nunziante et al, 2021). Os resultados do estudo corroboram a sua admissibilidade no que diz respeito à liderança desta terapia por parte de enfermeiros, referindo enriquecimentos para os mesmos a nível pessoal e profissional. Esta terapia possui benefícios para os utentes, tais como encontrar um propósito, manter uma continuidade de si mesmos e uma maior conexão com a família. Os autores referem que a sua viabilidade é limitada por questões do tempo dos profissionais e falta de reconhecimento, apelando a que sejam elaboradas evidências futuras que permitam valorizar as vantagens potenciais da terapia para a prática clínica (Nunziante et al, 2021).

A Revisão da Literatura ***“Dignity Therapy for End-of-Life Care Patients: A Literature Review”***, pretende explorar a evidência atual do suporte empírico para a implementação da terapia da dignidade em utentes em situação de fim de vida, que recebem cuidados paliativos. Esta Revisão utiliza dados provenientes de estudos cujas datas se encontram compreendidas entre 2009 e 2019, obtidos nas bases de dados *PubMed*, *Cochrane*, *Embase*, *CINAHL*, *Web of Science* e *PsycINFO*. Os resultados obtidos centram-se: na aceitação, satisfação e eficácia da terapia da dignidade nos utentes, de diferentes faixas etárias, em situações de fim de vida; na importância do ambiente onde esta terapia é realizada e a necessidade de o mesmo ser otimizado segundo a cultura de cada indivíduo; no significado desta terapia para os utentes e familiares; no facto de a maioria dos utentes demonstrar a necessidade de criar um legado para as pessoas significativas e, por fim, na redução da ansiedade e depressão dos familiares durante a vivência deste processo. Em suma, demonstra a importância da terapia no cuidado holístico dos utentes e respetivas famílias (Cuevas, Davidson, Mejilla & Rodney, 2021).

A Revisão ***“Efeitos da terapia da dignidade nos familiares de doentes paliativos: Uma Revisão Sistemática.”***, tem como finalidade explorar os efeitos da terapia da dignidade nos familiares a nível físico, psicossocial e espiritual, dos utentes que se encontram em cuidados paliativos. Os autores realizaram uma pesquisa com os descritores *“Dignity Therapy”*, *“Palliative Care”*, nas bases de dados *Cochrane library*, *TRIP database*, *PubMed*, *Scopus* e *Web of Knowledge*. Foram encontrados 137 artigos, tendo sido utilizados 7, que cumprem os critérios de inclusão definidos pelo autor: idioma em português ou inglês; familiares de doentes adultos, idade igual ou superior a 18 anos, em cuidados paliativos ou com doença avançada progressiva aos quais teria sido aplicada a TD (intervenção), em comparação (sempre que possível) com um grupo com as mesmas características que tinha recebido cuidados paliativos standard/sem intervenção, tendo sido incluídos estudos quantitativos e qualitativos. Os resultados revelaram que, de uma forma geral, os familiares consideraram a terapia da

dignidade como uma ferramenta importante que os ajudou a conseguir vivenciar de melhor forma o processo de fim de vida do utente e, posteriormente, um *Coping* mais eficaz em relação à fase de luto, permitindo uma melhor gestão dos sentimentos e falar sobre questões que anteriormente teriam dificuldade em abordar. O documento de legado que é parte integrante da psicoterapia foi considerado uma fonte de conforto e a agregação de todos estes aspetos fizeram com que as pessoas percecionassem esta psicoterapia como um aspeto tão importante como qualquer outro do tratamento, enfatizando a sua recomendação a outras famílias na mesma situação (Grijó, 2019).

A Revisão Sistemática da Literatura “*Dignity therapy, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review.*”, tem como objetivo analisar os resultados da terapia da dignidade em utentes que padecem de patologia em estado avançado, que ameaçam a vida. A Revisão engloba artigos publicados em inglês e espanhol, publicados entre janeiro de 2002 e janeiro de 2016, nas bases de dados *PubMed*, *CINAHL*, *Cochrane Library* e *PsycINFO*, encontram-se ainda incluídos estudos encontrados através do contacto com especialistas na área. Os critérios de inclusão basearam-se: em estudos que explorassem a utilização da terapia da dignidade em utentes com patologia em estadio avançado, independentemente do desenho; editoriais, comentários e publicações sobre protocolos foram excluídos; os artigos foram selecionados tendo em conta o título e resumo e, posteriormente, a leitura integral. A extração de dados dos artigos selecionados foi realizada através de um modelo de dados predefinido e a qualidade dos mesmos, por meio de instrumentos desenvolvidos pelo Programa de Habilidades de Avaliação Crítica (CASP). Para além do que já é conhecido sobre esta temática, esta revisão acrescenta: uma visão crítica e abrangente sobre a mesma, incluindo os resultados de estudos primários e secundários; a perspetiva não só do utente como também dos familiares e profissionais de saúde; e, por fim, que esta psicoterapia poderá ser mais benéfica para utentes com elevados níveis de sofrimento, população para a qual, inicialmente, não era considerado benéfico a utilização da terapia da dignidade (Martínez et al., 2016).

Por último, o Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado “*Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado.*”, tem como objetivo principal avaliar a eficácia da TD nos sintomas da depressão e ansiedade em doentes em cuidados paliativos, através da *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, tendo definido ainda objetivos secundários e terciários: avaliar a eficácia desta terapia nos mais diversos domínios da vida, explícitos no

artigo e calcular a prevalência das diversas variáveis implícitas e calcular e comparar a sobrevivência dos dois grupos em estudo. Os participantes incluídos no estudo foram recrutados da Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni, mediante os critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; doença crónica, progressiva e incurável; esperança média de vida igual ou inferior a 6 meses; capacidade de compreensão e escrita; língua portuguesa; ausência de demência ou *Delirium*; capacidade de fornecer consentimento livre e esclarecido; score igual ou superior a 20 na escala *Mini Mental State Examination* e cedência de três a quatro contactos no período de sete a dez dias. Estes participantes foram divididos em dois grupos (Grupo 1, onde foi implementada a terapia da dignidade em conjunto com a intervenção paliativa multidisciplinar e o Grupo 2, grupo de controlo, onde apenas existia a intervenção paliativa multidisciplinar) (Julião, 2014).

As intervenções deste estudo dividiram-se em três momentos: 1º (preparação da terapia, onde foram seleccionados os participantes, apresentada formalmente a psicoterapia aos utentes e famílias, fornecida resposta a todas as questões dos utentes e fornecimento do protocolo das perguntas norteadoras); 2º (execução da terapia); e, por fim, 3º (elaboração do documento de legado). Relativamente aos resultados, a terapia da dignidade mostrou-se eficaz nos sintomas depressivos e ansiosos nos doentes em fim de vida e noutras variáveis do sofrimento psicossocial e existencial. Revelou também a sua eficácia a nível do alívio do sofrimento relativo à perda de dignidade e melhoria da qualidade de vida. A esta evidência acresce o facto de o grupo onde foi aplicada a terapia da dignidade ter demonstrado uma esperança média de vida superior ao de controlo, sobrevivendo cerca de mais 5,3 dias (Julião, 2014).

Síntese de dados

Posteriormente, seguem os resultados obtidos de implementação da TD à Pessoa em Fim de Vida e os aspetos fundamentais dos artigos que dizem respeito à:

Aceitação, viabilidade e satisfação: a aceitação da terapia foi elevada: ajudou na gestão do processo; satisfação com a psicoterapia; benéfico para os utentes e familiares; recomendação para outras pessoas na mesma situação ou semelhante [B]; [D]; [E]; importante tal como outro aspeto do tratamento [C]; [D]; viabilidade limitada pelo tempo dos profissionais, falta de reconhecimento e recursos [A];

Eficácia: Uteses [eficácia na partilha de sentimentos (autoexpressão) [B]; [C]; [D]; [E]; melhoria das relações interpessoais [A]; [D]; maior conexão com os familiares [A]; [B]; [D]; [E]; diminuição do sofrimento [A]; [C]; [D]; [E]; diminuição dos sintomas depressivos e

ansiosos [A]; [B]; [D]; [E]; redução da tristeza e angústia [A]; [B]; [D]; [E]; redução da desmoralização [A]; [E]; maior sentimento de esperança [A]; [B]; [D]; [E]; encontrar um senso de propósito e continuidade de si [A]; [B]; [D]; [E]; melhoria do sentido da dignidade [A]; [B]; [D]; [E]; introspeção da sua vida de forma mais positiva [B]; [D]; perspectiva mais positiva, maior motivação [A]; [D]; [E]; fortalecimento da identidade [B]; sensação de controlo [E]; documento de legado ajudaria a serem lembrados [D]; redução dos sintomas físicos, como dor, fadiga e sonolência [E]; ajuda a por termo a assuntos pendentes nas suas vidas [B]; melhoria da qualidade de vida [A]; [D]; [E]; preparação para o luto [A]; [D]; [E]; Família [redução do “stress” do cuidador [B]; [C]; [D]; redução do sofrimento, ansiedade [B]; [D]; sem alterações no Bem-estar Psicológico [E]; maior sentimento de esperança [C]; [D]; documento de legado considerado fonte de conforto [A]; [C]; [D]; melhoria na forma como viam e apreciavam os seus familiares [D]; melhor preparação para o luto e posterior gestão do mesmo [C]; alguns familiares consideram que o documento seria dificultador no processo de luto, uma vez que poderia representar o utente de forma incompleta e que a psicoterapia seria emocionalmente exigente para os utentes [C]; Profissionais de Saúde [estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança mais eficaz, maior sintonia com os utentes, melhoria dos cuidados holísticos e aumento da satisfação no trabalho [D];]

Relativamente às barreiras identificadas pelos Enfermeiros na implementação desta psicoterapia, estas encontram-se divididas em três esferas:

Pessoal [sensibilidade psicológica (“*At the beginning it was quite tough, especially from a psychological point of view [...] From an organization point of view, it just requires getting things together, but it was challenging from a psychological point of view...*”; [A]); sentimento de falta de preparação (1) Insegurança: *...at the beginning I was a bit scared, I mean I felt a bit... I don't know how to say this....tiny compared to this huge project, since I was a bit ripe also in terms of experience...*”;2) Comunicação ineficaz não permite aos profissionais realizar uma avaliação clínica inicial que identifique os sinais e sintomas da depressão de forma meticulosa: “*os profissionais de saúde falham o reconhecimento da depressão, medicando “pouco e tarde”, nem sempre indo ao encontro das necessidades reais dos doentes terminais.*” [E]; 3) Processos de transferência: “*...at the same time I had some things happening in my private life that surely took up additional time...and in terms of emotional energy... So, my main concern was staying on balance on what was happening to me...*”. [A];

Interpessoal [Limites da relação profissional (“*In any case there is this moment of intimacy that comes out so strongly ... So [...] I recall that at times it would be tough...just because of*

this... ”; [A]; Confiança para partilhar assuntos privados (*“Though I felt they were a bit hesitant to open up...and open up with a stranger, especially on topics that are strictly personal... ”; [A];*

Organizacional [Tempo, recursos e reconhecimento (*“Yeah, I mean it takes up a lot of time, since it’s never just an hour, and then with shifts... I mean, for me it’s practically impossible... But sure, I mean you need time for that too, it’s tiring”*; [A]; *“for dignity therapy to be meaningful and relevant, it is essential to provide adequate time when conducting sessions.”*

[B]; *“the need for the time between meetings to be fairly short to help with memory.”* [D];)

Acessibilidade e colaboração com colegas não envolvidos no estudo *“... He [the ward nurse] knew I was inside the room doing the interview. He came into the room, like “I need to change the elastomer” because he had the patient’s therapy scheduled at 11... So fne, he had to have it at 11. ...So, a person who must absolutely place an elastomer at 11 o’clock, couldn’t possibly have been able to administer DT”* [A];) Entrega do documento de legado *“Many times I asked them [the patients] to come pick up their Document when they were coming here for their other appointments ... Coming to the hospital again, would have been tough ... ”; [A];.*

Discussão

Relativamente aos resultados da implementação da TD à pessoa em fim de vida, estes foram agregados em duas categorias principais: Aceitação, Viabilidade e Satisfação e Eficácia. No que diz respeito à primeira, os estudos identificados com as letras [B], [C], [D] e [E], revelam um grau de aceitação e satisfação com a TD elevado, tendo os utentes e famílias referido que se torna um aspeto igualmente importante como qualquer outro cuidado prestado, recomendando para outros que se encontrem a vivenciar situações idênticas. Segundo, (Fichett, Emanuel, Handzo, Boyken & Wilkie, 2015), diversos estudos sobre esta temática descrevem um nível de satisfação e aceitação bastante elevado entre as pessoas que tiveram a oportunidade de experienciar esta psicoterapia. No entanto, apesar da aderência positiva, a viabilidade encontra-se comprometida pela limitação de recursos, tempo e carência de reconhecimento perante a Terapia da Dignidade (Nunziante, et al., 2021). Perante a segunda categoria identificada, todos os estudos selecionados abordam a mesma, de diferentes perspetivas, pelo que se procedeu à divisão da eficácia para os utentes, família e profissionais de saúde. Diversos estudos demonstram que a implementação da Terapia da dignidade proporciona uma redução dos sentimentos associados ao sofrimento, como a ansiedade e depressão e, consequentemente, uma maior esperança associada (Fichett, Emanuel, Handzo, Boyken & Wilkie, 2015). “Para

alguns doentes, a sensação de ausência de significado, inutilidade e esvaziamento de propósito de vida podem constituir uma ameaça grave à sua dignidade, sobretudo se esta não se contiver apenas ao presente, mas se se disseminar ao futuro dos outros. Desta forma, uma intervenção psicoterapêutica breve alicerçada sob o conceito de legado/generatividade poderá criar algo que transcenda a morte, ou seja, algo que represente fielmente quem foram as pessoas em fim de vida, o que sentiram e expressaram nos momentos em que pensaram em quem amavam.” (Julião, 2014, p.57). Para além destas variáveis, as perspetivas protetoras da dignidade também se encontram presentes nos resultados desta intervenção, tais como, a continuidade do eu, a preservação de papéis, manutenção do orgulho próprio, autonomia e controlo, aceitação, resiliência e a procura do conforto espiritual (Julião, 2014).

A família é “considerada um sistema em que os membros se influenciam mutuamente, a ansiedade, depressão e *distress* experienciada pelos familiares parece relacionar-se com a resposta emocional do doente, o que demonstra a interdependência da experiência da família.” (Oliveira, 2020, p.16). A perceção da família, de um modo global, assenta na redução do sofrimento, numa melhoria da qualidade do tempo que se encontravam com os seus entes queridos e melhor gestão do luto. A evidência demonstra o impacto positivo da intervenção nos familiares, que poderá dever-se não só à diminuição desta sintomatologia, como também à criação do legado, uma vez que podem ser abordados assuntos pendentes, permitindo a expressão dos sentimentos do utente e, possivelmente, enfrentar de forma mais adaptativa o processo (Oliveira, 2020). A evidência demonstra “o efeito positivo da intervenção baseada na Terapia da Dignidade nos processos emocionais dos familiares dos pacientes que dela são alvo, bem como, a interdependência dos elementos do sistema familiar.” (Oliveira, 2020, p.17). Apesar de a amostra não ser significativa, alguns estudos demonstram que a TD não teve influência no bem-estar psicológico do cuidador (Julião, 2014). Para além deste facto, alguns familiares consideram que o documento de legado “poderia magoar ou ser geradora de mais sofrimento na família no já difícil por si processo de luto” (Grijó, 2019, p.30) e que poderia distorcer a ideia que possuíam do familiar, “apontaram ainda o facto de este por vezes poder representar o doente de uma forma incompleta ou imprecisa, criando dele uma imagem distorcida.” (Grijó, 2019, p.30).

Na perspetiva dos profissionais de saúde, os estudos transparecem com a implementação da TD um aumento dos níveis de satisfação no trabalho e um estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança mais eficaz, que permitia uma maior sintonia com os utentes

e, consequentemente, a prestação de cuidados individualizados centrados na pessoa, promovendo, assim, os cuidados holísticos (Martínez et al., 2016).

Em relação às barreiras identificadas pelos Enfermeiros na implementação da TD, os resultados obtidos foram agregados em três esferas: Pessoal; Interpessoal e Organizacional. No que concerne à esfera Pessoal, esta intervenção envolve uma grande carga emocional, pelo que a sensibilidade psicológica e os processos de transferências de cada profissional poderão tornar-se aspetos dificultadores. É necessário que os Enfermeiros saibam como lidar com as questões negativas do processo, uma vez que “*The interviewer may take on some of the patient’s distress.*” (Mai, et al., 2018, p.4). Os profissionais referem, igualmente, que não se sentem preparados para realizar esta intervenção, pela insegurança e comunicação ineficaz, no sentido de não serem claros no que pretendem transmitir e, por esse motivo, não conseguem realizar uma avaliação mais detalhada em termos emocionais. A comunicação entre os enfermeiros, familiar e paciente torna-se bastante importante no processo do cuidar e assim cabe ao enfermeiro saber expressar-se de forma clara e objetiva considerando o nível de conhecimento do paciente. A comunicação efetiva facilita o vínculo entre enfermeiro e pessoa cuidada desenvolvendo assim um processo terapêutico eficaz, trazendo alterações positivas no humor, estabelecendo equilíbrio emocional e promovendo diminuição do medo” (Nunziante, et al., 2021; Santo, Ferreira, Pacheco & Regina de Souza, 2019);

Na esfera Interpessoal, são identificados como obstáculos os limites da relação profissional-utente, uma vez que os temas relativos à vida pessoal envolvem uma dimensão emocional, pelo que a sua partilha envolve confiança (Nunziante, et al., 2021);

Por fim, na esfera Organizacional, os fatores dificultadores baseiam-se: na carência de recursos, nomeadamente, o tempo constitui uma variante que detém uma grande influência, dado que, por vezes, esta intervenção teria que ser realizada para além dos horários estipulados, sem renumeração pelas horas extra; na falta de reconhecimento da TD e a carência de colaboração dos restantes profissionais que não se encontram envolvidos e ainda a entrega dos documentos de legado, nomeadamente na data para entregar, ou na eventualidade de acontecer uma situação de agravamento na qual os Enfermeiros têm de entregar à família (Nunziante, et al., 2021).

Implicações para a Enfermagem

A TD apresenta diversas implicações para a Enfermagem, nomeadamente, a nível dos seguintes domínios:

Resiliência [Diagnóstico de Enfermagem: *Coping* comprometido; Intervenções de Enfermagem: 1) Avaliar *Coping*; 2) Incentivar à adoção de estratégias de *coping* efetivas];
Aceitação [Diagnóstico de Enfermagem: Aceitação do estado de saúde comprometida; Intervenções de Enfermagem: 1) Avaliar atitude relativamente à doença]; Sofrimento Psicológico [Diagnóstico de Enfermagem: *Coping* comprometido/ Ansiedade atual/ Desespero atual; Intervenções de Enfermagem: 1) Avaliar atitude face ao processo de doença; 2) Incentivar a expressão de sentimentos]; Continuidade do eu [Diagnóstico de Enfermagem: Identidade comprometida/ Autoimagem comprometida; Intervenções de Enfermagem: 1) Promover o reforço positivo; 2) Reforçar identidade pessoal]; Preservação de Papéis [Diagnóstico de Enfermagem: Desempenho de papéis comprometido; Intervenções de Enfermagem: 1) Avaliar papéis; 2) Facilitar a capacidade de desempenhar papéis]; Capacidade Funcional/Autonomia e Controlo [Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para executar autocuidado comprometida; Intervenções de Enfermagem: 1) Avaliar capacidade funcional através da escala ECOG; 2) Promover autonomia]; Acuidade cognitiva [Diagnóstico de Enfermagem: Cognição comprometida/ Confusão atual/ Risco de *Delirium*; Intervenções de Enfermagem: 1) Promover orientação auto e alo psíquica; 2) Promover dispositivos de auxílio de memória]; Esperança/ Controlo [Diagnóstico de Enfermagem: Esperança comprometida/ Falta de esperança atual; Intervenções de Enfermagem: 1) Avaliar Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE); 2) Executar terapêutica de reminiscência promovendo a esperança]; Viver no momento [Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para realizar atividades de lazer comprometida; Intervenções de Enfermagem: 1) Incentivar à realização de atividades que a pessoa aprecia; 2) Incentivar à realização de mediadores de expressão]; Manter a normalidade [Diagnóstico de Enfermagem: Adaptação ao processo de doença comprometida; Intervenções de Enfermagem: 1) Promover terapia do riso; 2) Mobilizar técnicas de Relação de Ajuda]; Sintomas físicos [Diagnóstico de Enfermagem: Dor atual/ Náusea atual/ Obstipação atual/ Dispneia atual/ Sono comprometido/ Fadiga atual/ Apetite comprometido/ Conforto comprometido; Intervenções de Enfermagem: 1) Avaliar a presença e intensidade dos sintomas através da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmond; 2) Gerir regime terapêutico e ambiente físico]; Relações Interpessoais [Diagnóstico de Enfermagem: Socialização comprometida/ Risco de isolamento social; Intervenções de Enfermagem: 1) Avaliar apoio social; 2) Incentivar

a comunicação]; Luto [Diagnóstico de Enfermagem: Luto comprometido; Intervenções de Enfermagem: 1) Apoiar no processo de luto; 2) Mobilizar técnicas de Relação de Ajuda];

Conclusão

Como foi possível observar anteriormente, os estudos selecionados possibilitaram dar resposta às questões inicialmente propostas para esta revisão: “Quais os resultados de implementação da Terapia da Dignidade à pessoa em fim de vida, em cuidados paliativos?” e “Quais os desafios identificados pelos enfermeiros na implementação da terapia da dignidade à pessoa em fim de vida, em cuidados paliativos?”. Tendo em consideração os seus resultados, consideramos que os mesmos refletem de forma evidente a eficácia desta psicoterapia não só para os utentes, como também para os seus familiares e Enfermeiros envolvidos no processo. No entanto, os Enfermeiros identificam algumas barreiras/ fatores dificultadores na implementação da Terapia da Dignidade, com ênfase, sobretudo, na falta de recursos, reconhecimento e colaboração dos restantes profissionais. Focalizando nas implicações para a prática de Enfermagem, os diagnósticos de Enfermagem identificados englobam áreas que, segundo os resultados dos estudos, podem ser melhorados, ou seja, é possível obter resultados esperados positivos, através desta intervenção centrada na dignidade humana.

Por conseguinte, seria importante realizar mais estudos com uma amostra significativa dos envolvidos no processo saúde-doença, utentes, pessoas significativas e profissionais de saúde. Por outro lado, seria, igualmente, relevante investir na área da formação profissional, dada a carência de recursos e reconhecimento, com vista à implementação eficaz da Terapia da Dignidade. A Terapia da Dignidade contribui, deste modo, para a satisfação do terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável, no acesso à saúde de qualidade e consequente o bem-estar.

Bibliografia

- Cuevas, P.E., Davidson, P., Mejilla, J. & Rodney, T. (2021). Dignity Therapy for End-of-Life Care Patients: A Literature Review. *Journal of Patient Experience*. Vol.8(4),1-12.
- Fitchett, G., Emanuel, L., Handzo, G., Boyeken, L. & Wilkie, D.J. (2015). Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliative Care*. Vol.14(8), 2-12.

- Franco, H., Caldeira, S., & Nunes, L. (2021). Dignity in nursing: A synthesis review of concept analysis studies. *Nursing Ethics*, 28(5), 734–749. <https://doi.org/10.1177/0969733020961822>.
- Grijó, L. (2019). Efeitos da Terapia da dignidade nos familiares de doentes paliativos: Uma Revisão Sistemática. Universidade do Porto. Porto.
- Iani, L. et al. (2020). Dignity Therapy Helps Terminally Ill Patients Maintain a Sense of Peace: Early Results of a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*. Vol.11(1), 1-9.
- Joanna Briggs Institute. (2020). Joanna Briggs Institute reviewers manual: Methodology for JBI mixed methods systematic reviews. Adelaide, Australia: Author. Disponível em: https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-MethodsReview-Methods-2020-ch1.pdf
- Julião, M. (2014). Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.
- Mai, S.S., et al. (2018). Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360° feedback. *BMC Palliative*. Vol.17 (73), 2-10.
- Martínez, M. et al. (2016). “Dignity therapy”, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative Medicine*. Vol.31(6), 492-509.
- Nunes, L., et al. (2008). O FIM DE VIDA NA PERSPETIVA DA ENFERMAGEM. *Percursos*. Vol.10 (5), 31-34.
- Nunes, L., et al. Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. ISBN 978-989-8444-30-1.
- Nunziante, et al., (2021). Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit. *BMC Palliative Care*. Vol.20(129), 4-12.
- Oliveira, J.F.L. (2020). Eficácia da Intervenção baseada na Terapia da Dignidade em Familiares Cuidadores de Doentes Oncológicos em Cuidados Paliativos: Estudo Randomizado Exploratório. Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Gandra.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_Cuidados%20Paliativos.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Santo, L.F.S.E., Ferreira, J.I.C., Pacheco, P.Q.C. & Regina de Souza, S. (2019). Os desafios dos enfermeiros de cuidados paliativos no cenário hospitalar brasileiro: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Vol. Sup. (49), 1-9.
- Tavares de Souza, M., Dias da Silva, M. & Rachel de Carvalho. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. Vol.8(1), 102-106.

Apêndices

Apêndice I- Fórmula de Pesquisa

Search	Search terms
S1	(MH "Nurses")
S2	AB Psychotherapist nurse OR TI Psychotherapist nurse
S3	AB Dignity therapy OR TI Dignity therapy
S4	AB Dignity therapy Challenges OR TI Dignity therapy Challenges
S5	AB Dignity therapy difficulties OR TI Dignity therapy difficulties
S6	AB Dignity therapy issues OR TI Dignity therapy issues
S7	AB Dignity therapy barriers OR TI Dignity therapy barriers
S8	(MH "Palliative care")
S9	(MH "Terminal care")
S10	AB End of life care OR TI End of life care
S11	S1 OR S2
S12	S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7
S13	S8 OR S9 OR S10
S14	S11 AND S12 AND S13

Adaptação e coping dos pais de crianças com doença oncológica

Eduarda Correia, Escola Superior de Saúde de Portalegre, eduarda.correia@ipportalegre.pt

Tânia Melo, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, taniatmelo@esenfc.pt

Resumo

O diagnóstico de doença oncológica na criança tem naturalmente um grande impacto nos pais. As respostas destes refletem-se na relação com os filhos e com a restante família, devendo ser foco de atenção dos enfermeiros. O objetivo do estudo foi de conhecer a adaptação psicológica e identificar quais estratégias de *coping* mais utilizadas pelos pais de crianças ou adolescentes com doença oncológica em fase de tratamento. Estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com amostra de 52 pais que acompanhavam os seus filhos com doença oncológica na fase de tratamento. Os resultados inferem que a adaptação dos pais, se caracteriza sobretudo pelo “*Espírito de luta*” e pela “*Aceitação*” da doença dos seus filhos enquanto que o *Coping* caracteriza através do uso de estratégias das dimensões de “*Coping ativo*”, “*Planear*”, “*Suporte instrumental*”, “*Religião*” e “*Reinterpretação positiva*”. Estes resultados sugerem que os enfermeiros podem contribuir para o desenvolvimento da adaptação positiva promovendo a utilização de estratégias de *coping* adequadas, sendo propostas atividades de intervenção e acompanhamento, junto destes pais.

Palavras chave: pais, adaptação, coping, oncologia

Abstract

The diagnosis of oncological disease in the child naturally has a great impact on parents. Their responses are reflected in the relationship with the children and with the rest of the family, and should be the focus of nurses' attention. The aim of this study was to know the psychological adaptation and identify which coping strategies most used by the parents of children or adolescents with oncological disease in the treatment phase. Quantitative, descriptive and correlational study, with a sample of 52 parents who followed their children with oncological disease in the treatment phase. The results infer that the adaptation of parents is characterized mainly by the "Spirit of struggle" and by the "Acceptance" of their children's illness, while coping characterizes through the use of strategies of the dimensions of "Active Coping", "Planning", "Instrumental Support", "Religion" and "Positive Reinterpretation". These results suggest that nurses can contribute to the development of positive adaptation by promoting the use of appropriate coping strategies, and intervention and follow-up activities are proposed with these parents.

Keywords: parents, adjustment, coping, oncology

Introdução

Até algumas décadas atrás, a doença oncológica era uma doença quase sempre fatal. Em pediatria, o diagnóstico da doença oncológica é vivido como fonte de *stress* tanto para as crianças, como para os seus pais e até pela restante família (Young et al., 2002).

A admissão da criança num hospital, o início da sua hospitalização, num serviço especializado e o contacto com outras pessoas em situação semelhante à sua, são a primeira convivência efetiva com a doença e com a sua nova realidade de vida. O processo de adaptação dos pais vai acontecer em simultâneo com o desempenho de um papel parental para o qual não estão preparados, em que terão de adquirir e desenvolver novas competências, apoiados por

profissionais de saúde que reconhecem o seu papel de *cuidador*, valorizando as suas preocupações e ansiedades.

Assim, ao depararem-se com toda esta situação indutora de *stress*, como é o processo de doença oncológica, os pais deverão ajustar-se e adquirir novas competências que lhe permitam a sua adaptação, o que pode influenciar o percurso da doença e a adaptação psicossocial das crianças (Santos et al., 2003).

Para Young et al., (2002) em pediatria o diagnóstico da doença oncológica é o começo de um processo que vai ser vivido em diferentes planos e que será responsável por uma transição major na vida de uma família, que tem de se reorganizar e em que os pais têm de se assumir como cuidadores.

Neste contexto, a situação de doença oncológica constitui tipicamente, um agente de *stress* que implica a adoção de um leque variado de estratégias para lhe fazer face, podendo essas estratégias ser mais ou menos eficazes às etapas adaptativas com que se confrontam, no decurso da doença (Monteiro et al., 2002; Santos et al., 2003; Sousa et al., 2011).

Essas estratégias são descritas na literatura como estratégias de *coping* e podem ser consideradas como um fator estabilizador, ou seja, que facilitam o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou momentos stressantes (Holahan & Moos citados por Pais-Ribeiro, 2004).

No caso das crianças com doença oncológica, dada a importância do apoio familiar, a adaptação dos pais e o modo como estes lidam com a doença é de extrema importância (Rodrigues et al., 2000).

Os autores Greening & Stoppelbein (2007) apresentam a crise com que os pais se defrontam após o diagnóstico de doença oncológica como sendo motivada por dois agentes *stressores*: O primeiro é o *stress* emocional associado à doença grave, com o mito de desfiguração que aparece relacionada ao tratamento, os sintomas e a cronicidade que levam à deterioração progressiva e, por fim, a possibilidade de morte do seu familiar; o segundo, é o *stress* associado à necessidade de prestar cuidados físicos ao doente, com todas as implicações para as atividades de vida diária que isso implica.

Estas adaptações à doença que toda a família vai vivendo são muitas vezes exigidas num relativo curto espaço de tempo e o futuro é necessariamente comprometido, bem como as expectativas parentais (Gonçalves, 2000; Sousa et al., 2011).

Por isso, o desenvolvimento equilibrado da criança com doença oncológica depende, em grande parte, do comportamento parental, isto é, das estratégias de *coping* e respostas dos pais às necessidades pessoais e específicas das crianças/adolescentes, às suas solicitações e aos seus pedidos e da relação recíproca estabelecida entre pais e filhos (Dias et al., 2002; Pereira & Lopes, 2002).

Os autores, Björk et al (2005) apresentam algumas das variáveis que permitem prever o comportamento parental, e que são:

- Variáveis demográficas, relacionadas com a doença, a ocorrência de outros episódios *stressantes*;
- Personalidade de pais e filhos;
- Estilos de *coping*;
- Satisfação conjugal dos pais e
- Apoio social.

São também as diferentes características da doença oncológica, bem como da incerteza inerente que fazem com que surja na vida dos pais de forma tão violenta e tão persistente e que determinam que a centralização na criança se torne um processo tão importante que surge no desempenho familiar e com implicações na vida familiar (Hoekstra-Weebers et al., 2000; Sousa et al., 2011).

Os pais vivenciam a situação de *stress* relacionada com a doença oncológica tal, como o seu filho, sendo indispensável o conhecimento do seu processo de adaptação psicossocial para a interação com os seus filhos e manutenção da qualidade de vida de ambos (Dias et al., 2002; Pereira & Lopes, 2002).

Assim, os pais e a restante família assumirão um papel importantíssimo no controlo, gestão e adaptação da criança e/ou adolescente face à sua doença. Neste sentido, dá-se uma readaptação da estrutura familiar que permitirá aos pais e outros elementos da família a aquisição de novas competências, o desempenho de novos papéis e novas funções agora já mais adaptadas às exigências e à vivência da doença oncológica da criança.

É pelo enorme impacto que a doença oncológica tem na criança e sua família, que se torna pertinente o estudo da adaptação psicológica e do modo, como os pais lidam com a mesma, assim como das estratégias de *coping* mais utilizadas e eficazes, de forma a facilitar uma intervenção mais eficaz junto das crianças com doença oncológica, minimizando os efeitos negativos da sua vivência no processo de doença. Foi então definido como objetivo conhecer

a adaptação psicológica e identificar quais as estratégias de coping mais utilizadas pelos pais de crianças e adolescentes com doença oncológica, em fase de tratamento. Assim, mais concretamente pretendeu-se com este estudo dar resposta às seguintes questões de investigação:

1. Como se caracteriza a adaptação psicológica dos pais das crianças com doença oncológica durante a fase de tratamento?
2. Quais as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos pais das crianças com doença oncológica em fase de tratamento?
3. Qual a relação entre as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais das crianças com doença oncológica e a sua adaptação psicológica à doença?

Metodologia

O estudo enquadra-se na investigação quantitativa de tipo descritivo-correlacional transversal. A amostra é não probabilística e acidental. Para constituir a amostra definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Pais (mãe ou pai) que acompanham o filho durante a hospitalização e em regime de internamento;
- Pais (mãe ou pai) que acompanham o seu filho e cujo período da doença fosse a fase de tratamento;
- Pais (mãe e/ou pai) de crianças com idade inferior ou igual a 18 anos.

Foram excluídas os pais de crianças com doença oncológica que estavam internadas, mas na fase de diagnóstico ou em fase de cuidados em fim de vida. Também, os pais de crianças que se encontravam internadas na fase de tratamento da doença oncológica, mas que eram reincidentes foram excluídos.

A amostra foi constituída por 52 pais de crianças com doença oncológica, sendo trinta e dois (61,5%) do género feminino e vinte (38,5 %) do género masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 54 anos de idade, apresentando uma média de idades de 41,13 anos. Em relação ao estado civil, 51 pais eram casados (98,1 %), sendo um (1,9 %) solteiro. Atendendo às habilitações literárias, sete (13,4%) dos pais tinham o ensino primário, três (5,8%) o ensino preparatório, vinte e três (44,2%) o ensino secundário, dezassete (32,7%) bacharelato/licenciatura e um (1,9%) mestrado/doutoramento.

Relativamente às características sociodemográficas das crianças foram consideradas o género e a idade. Assim, das 52 crianças com doença oncológica, trinta e duas (61,5%) eram do género feminino e vinte (38,5 %) do género masculino, com idades compreendidas entre os 11 meses e os 18 anos de idade, apresentando uma média de idades de 8,18 anos.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário organizado em três partes distintas. Na primeira parte, constavam questões estruturadas e semiestruturadas para obter informação acerca da caracterização da amostra. A segunda parte, correspondia à escala de *Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar (EAMC-F)*, na versão portuguesa, da autoria de Santos et al., (2006). A terceira parte era constituída pela de *Escala Brief COPE*, da autoria de Carver (1997), na sua versão traduzida para a população portuguesa de Pais Ribeiro & Rodrigues (2003).

Para medir a Adaptação psicológica, utilizamos a *Escala de EAMC-F na versão portuguesa da autoria de Santos et al., (2006)* foi traduzida e adaptada da *Mental Adjustment to Cancer Scale – Partner (MAC Scale-P)* de Watson et al., (1988), com a finalidade de avaliar a extensão pela qual os familiares dos doentes oncológicos adotam determinadas respostas no processo de adaptação ao diagnóstico e tratamento da doença. A versão portuguesa resultante manteve os 27 dos itens originais, que se distribuem pelas seguintes dimensões: Desânimo/Fatalismo, com 12 itens; Espírito de luta, com 6 itens; Preocupação Ansiosa/Revolta, com 6 itens e Aceitação/Resignação, com 3 itens. As primeiras duas expressando adaptação positiva e as outras duas, adaptação negativa. Trata-se de um instrumento multidimensional, de autopreenchimento, constituído por vinte e sete afirmações, em que o grau de importância atribuído por cada sujeito será avaliado numa escala tipo *Likert*, com quatro alternativas indicando a aplicabilidade a si próprio em que: 1 - Não se aplica de modo nenhum a mim; 2 - Não se aplica a mim; 3 - Aplica-se a mim e 4 - Aplica-se totalmente a mim.

O “*Brief COPE*” é um instrumento onde os construtos avaliados são as estratégias usadas pelas pessoas para lidar com situações *stressantes*. É um instrumento composto por 14 dimensões que conceptualizam diferentes formas de *coping*. Trata-se de um instrumento multidimensional, de autopreenchimento, constituído por vinte e oito afirmações, em que cada sujeito responde numa escala tipo *Likert*, de frequência com quatro alternativas indicando com que frequência usa cada estratégia: “0- Nunca faço isto”; “1- Faço isto algumas vezes”; “2- Faço isto muitas vezes” e “3- Faço sempre isso”.

O Projeto de investigação foi submetido a avaliação pela Comissão de Ética para a Saúde de um Centro Hospitalar e Universitário da região centro de Portugal, tendo sido aprovado e emitido parecer favorável à sua realização.

Resultados

Adaptação Psicológica

Na tabela 1, apresentam-se os resultados obtidos das subescalas da escala *EAMC-F*, a saber: mediana, média, desvio-padrão e a frequência intervalar de casos registados para cada dimensão considerada relativamente à adaptação.

Nos aspetos positivos da adaptação psicológica, os pais apresentam valores que evidenciam elevados níveis. Para um intervalo possível de 1-4 os pais, apresentam valores médios e medianos > 3. É o caso da dimensão de “Espírito de luta” ($\bar{x}$ =3,59; Md =3,66) e de “Aceitação/Resignação” ($\bar{x}$ =3,28, Md =3,66).

Em contrapartida, os valores relativos a adaptação negativa são baixos sobretudo na dimensão Desânimo/Fatalismo ($\bar{x}$ =1,70, Md =1,75).

Tabela 1 - Estatísticas de resumo relativas às pontuações da *EAMC-F* na amostra em estudo (n=52)

<i>EAMC-F</i>	Mediana	Média	Desvio Padrão	Baixo (1-2)		Moderado (2-3)		Elevado (3-4)	
				nº	%	nº	%	nº	%
Desânimo/Fatalismo	1,70	1,75	,319	41	78,8	10	19,3	1	1,9
Espírito de Luta	3,66	3,59	,428	-	-	2	3,8	50	96,2
Preocupação Ansiosa/Revolta	2,40	2,51	,509	11	21,2	33	63,4	8	15,4
Aceitação/Resignação	3,66	3,28	,808	4	7,7	5	9,6	43	82,7

Verifica-se que a adaptação dos pais das crianças com doença oncológica se caracteriza sobretudo pelo “Espírito de luta” e pela “Aceitação” da doença dos filhos. Contudo, a “Preocupação Ansiosa/Revolta” também são moderadamente manifestadas através de alguns pais que possuem uma postura adaptativa menos efetiva perante a situação de doença oncológica dos filhos.

Estratégias de coping

Na Tabela 2 apresentam-se os resultados relativos ao *Brief COPE* e às subescalas. Assim, as estratégias utilizadas pelos pais das crianças com doença oncológica podem ser divididas em 3 grupos:

- 1) **Mais utilizadas** - as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos pais de crianças com doença oncológica em fase de tratamento são as estratégias de “*Coping* ativo”, “Planear”, “Suporte instrumental”, “Religião” e “Reinterpretação positiva”.
- 2) **Menos utilizadas** - as estratégias de *coping* menos utilizadas pelos pais de crianças com doença oncológica em fase de tratamento são as estratégias ligadas ao “Uso de substâncias”, “Desinvestimento comportamental”, “Auto culpabilização”, “Auto distração”, “Humor” e “Negação”.
- 3) **Frequência de utilização Intermédia** - as estratégias de *coping* de uso intermédio pelos pais de crianças com doença oncológica em fase de tratamento são as de dimensão de “Aceitação”, “Expressão de sentimentos” e o “Suporte social”.

Tabela 2 - Estatísticas de resumo relativas às pontuações da *Brief COPE* na amostra em estudo (n=52)

Brief COPE	Mediana	Média	Desvio Padrão	Frequência baixa (0-1)		Frequência moderada (1-2)		Frequência elevada (2-3)	
				nº	%	nº	%	nº	%
Coping ativo	3,00	2,49	,703	4	7,7	12	23,1	36	69,2
Planear	2,50	2,46	,632	1	1,9	18	34,6	35	63,5
Suporte instrumental	2,00	1,64	,769	7	13,5	14	26,9	31	59,6
Suporte social e emocional	1,00	1,33	,530	4	7,7	34	65,4	14	26,9
Religião	2,00	1,88	,802	4	7,7	16	30,8	32	61,6
Reinterpretação positiva	2,00	2,25	,689	1	1,9	11	21,2	40	76,8
Auto culpabilização	,00	,34	,528	41	78,8	9	17,3	2	3,8
Aceitação	1,00	1,30	,635	2	3,8	40	76,9	10	19,3
Expressão de sentimentos	1,00	1,20	,596	8	15,4	37	71,1	7	13,4
Negação	,50	,82	,609	30	57,7	18	34,6	4	7,6
Auto distração	,25	,54	,729	34	65,4	15	28,9	3	5,7
Desinvestimento comportamental	,00	,15	,305	48	92,3	4	7,7	-	-
Uso de substâncias	,00	,14	,318	47	90,4	5	9,6	-	-
Humor	,50	,55	,738	36	69,2	11	21,2	5	9,6

É importante assinalar que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos pais, ligadas às dimensões de “*Coping* ativo”, “Planejar” e “Suporte instrumental”, estão inseridas nas estratégias de *coping* centradas na resolução do problema e correspondem aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora com o ambiente, que é fonte de *stress* e envolve estratégias que tentam resolver, reformular ou minimizar os efeitos dessa mesma situação de *stress*.

Em contrapartida, as estratégias de *coping* mais utilizadas ligadas às dimensões de “Religião” e “Reinterpretação positiva” estão inseridas nas estratégias de *coping* centradas na emoção e envolvem a fantasia e outras atividades conscientes que visam a regulação dos afetos relacionados com a situação de doença geradora de *stress*.

Adaptação psicológica e Estratégias de *coping*

Para verificar a existência de relação entre as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais das crianças com doença oncológica e a sua adaptação psicológica à doença, procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação de *Spearman* (r_s) e a aplicação dos respetivos testes de significância (Tabela 3).

Da análise das correlações registadas sobressaem relativamente ao “Desânimo/Fatalismo” as correlações significativas com a “Reinterpretação positiva” ($r_s = -,452$; $p = ,001$) e o “Uso de substâncias” ($r_s = ,361$; $p = ,008$). Para além disso, verifica-se ainda uma correlação positiva no limiar da significância dessa dimensão com as de frequência de utilização da “Negação” ($r_s = ,272$; $p = ,051$) e com a “Auto culpabilização” ($r_s = ,267$; $p = ,056$).

Relativamente à outra dimensão negativa de adaptação, “Preocupação Ansiosa/Revolta”, as correlações observadas são menos expressivas. A única correlação estatisticamente significativa verificou-se no sentido positivo com a “Autodistração” ($r_s = ,323$; $p = ,019$). Registaram-se ainda correlações positivas no limiar da significância com a “Expressão de sentimentos” ($r_s = ,247$; $p = ,077$) e com a “Auto culpabilização” ($r_s = ,232$; $p = ,055$) e negativas com a frequência de utilização de estratégias de “Suporte instrumental” ($r_s = -,242$; $p = ,084$).

Por sua vez, a análise das correlações da dimensão da adaptação positiva “Espírito de luta” com a frequência de utilização das estratégias de *coping* revela três correlações positivas e estatisticamente significativas: com “Planejar” ($r_s = ,423$; $p = ,002$), com “Reinterpretação positiva” ($r_s = ,404$; $p = ,003$) e com “*Coping* ativo” ($r_s = ,350$; $p = ,011$). Revelam-se ainda como correlações negativas no limiar da significância com a frequência de utilização de “Auto culpabilização” ($r_s = -,267$; $p = ,055$) e com a “Negação” ($r_s = -,263$; $p = ,060$).

Por outro lado, a dimensão positiva da adaptação “Aceitação”, de modo idêntico ao “Espírito de luta”, evidencia-se significativamente associada ao: “Planear” ($r_s=,501$; $p=,000$), “Reinterpretação positiva” ($r_s=,414$; $p=,002$) e “Coping ativo” ($r_s=,407$; $p=,003$).

Tabela 3 - Coeficientes de correlação de Spearman entre as dimensões da Brief COPE e as dimensões da EAMC-F e respectivos testes de significância (n=52)

Brief COPE	Desânimo/Fatalismo		Espírito de Luta		Preocupação Ansiosa/Revolta		Aceitação	
	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p
Coping ativo	-,146	,302	,350	,011*	,036	,801	,407	,003**
Planear	-,092	,516	,423	,002**	-,011	,940	,501	,000**
Suporte instrumental	,034	,811	,192	,174	-,242	,084	,121	,393
Suporte social e emocional	,032	,823	,198	,160	-,149	,292	-,101	,475
Religião	-,096	,500	,132	,352	-,169	,230	-,104	,464
Reinterpretação positiva	-,452	,001**	-,404	,003**	-,112	,429	,414	,002*
Auto culpabilização	,267	,056	-,267	,055	,232	,097	-,001	,993
Aceitação	-,029	,838	,163	,248	,128	,365	-,093	,510
Expressão de sentimentos	-,193	,171	-,069	,629	,247	,077	,175	,214
Negação	,272	,051	-,263	,060	-,088	,534	-,043	,764
Auto distração	,267	,056	-,166	,239	,323	,019*	-,135	,341
Desinvestimento comportamental	,160	,256	-,024	,866	,127	,370	-,064	,652
Uso de substâncias	,361	,008**	-,184	,191	-,004	,975	,000	,999
Humor	-,066	,640	-,059	,680	-,179	,204	-,001	,994

*Significativo para $\alpha<0.05$

**Significativo para $\alpha<0.01$

Podemos assim inferir que os pais das criança com doença oncológica em fase de tratamento com adaptação psicológica mais elevada expressa nas dimensões de “Aceitação” e “Espírito de luta” tendem a utilizar com mais frequência as estratégias de *coping* das dimensões de “Planear”, “Reinterpretação positiva” e “Coping ativo”.

Por outro lado, os pais numa situação adaptativa menos efetiva, com scores de “Desânimo/Fatalismo” mais elevados, parecem utilizar mais as estratégias ligadas ao “Uso de substâncias” e recorrer menos a “Reinterpretação positiva” da situação de doença oncológica dos seus filhos.

Discussão

Pode-se constatar neste estudo que a adaptação psicológica dos pais de crianças com doença oncológica em fase de tratamento se caracteriza predominantemente pelo “Espírito de luta” e “Aceitação” da doença oncológica dos filhos. Estas subescalas descrevem uma adaptação psicológica positiva, confrontativa e de combatividade.

Também, é relevante verificar que um número significativo de pais apresentam uma “Preocupação ansiosa/Revolta”, são pais que possuem uma postura adaptativa baixa/moderada perante a doença oncológica dos seus filhos, vivenciada com dor, revolta e mesmo desistência face à doença. Estes pais necessitam provavelmente de intervenção e ser esta uma área que os Enfermeiros podem intervir de modo, a tornar a adaptação psicológica à doença dos filhos mais positiva.

Alguns autores, defendem que o papel que é dado ao caso pode ser considerado como o ponto de partida para uma boa adaptação (Ogden, 2004).

Os resultados deste estudo sugerem também que as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas pelos pais de crianças com doença oncológica em fase de tratamento são as de dimensão de “Coping ativo”, “Planear”, “Suporte instrumental”, “Religião” e “Reinterpretação positiva”.

Estas estratégias de *coping*, ligadas a estas dimensões, estão inseridas nas estratégias de *coping* centradas na resolução do problema e que correspondem aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora com o ambiente, que é fonte de stresse e envolve estratégias que tentam resolver, reformular ou minimizar os efeitos dessa mesma situação de stresse.

Por outro lado, as estratégias de *coping* mais utilizadas por estes pais, ligadas às dimensões de “Religião” e “Reinterpretação positiva”, estão inseridas nas estratégias de *coping* centradas na emoção e envolvem a fantasia e outras atividades conscientes que visam a regulação dos afetos relacionados com a situação de doença geradora de stress.

Também, os estudos relatados por Seidl et al. (2001) incluem estratégias de coping baseadas na busca da religiosidade e/ou pensamento fantasioso.

Relativamente à religião, Elkin et al., (2007) na sua investigação da relação entre a religiosidade e o *coping* mostraram uma forte e importante relação entre ambos.

No presente estudo, as estratégias de coping de utilização intermédia pelos pais de crianças com doença oncológica em fase de tratamento foram as das dimensões “Aceitação”, “Expressão de sentimentos” e o “Suporte social”.

No estudo de Greening & Stoppelbein (2007) em que foi estudada a relação entre *coping* e sintomas de ansiedade, depressão e stresse pós-traumático, nos pais de crianças em tratamento hematológico-oncológico, os resultados obtidos sugerem que os sintomas decrescem com mais frequência tendo em conta a adoção de estratégias de observação do problema e regulação emocional (como suporte social) e aumentam em função da utilização de estratégias de *coping* centradas no problema, no uso de substâncias psicoativas e na culpabilização parental.

Também, Brody & Simmons (2007) investigaram os recursos utilizados por pais para a adaptação ao tratamento da doença oncológica dos seus filhos e destacam o suporte social vindo da família, colegas de trabalho, de comunidades religiosas e dos profissionais de saúde como essencial à adaptação ao contexto de tratamento da doença oncológica bem como reforço de laços familiares. Por isso, as estratégias de *coping* da dimensão do “Suporte social” eram de esperar que tivessem entre as mais utilizadas e não nas de utilização intermédia. Assim, verifica-se que esta poderá ser mais uma das áreas de intervenção dos enfermeiros no que concerne à adaptação psicológica dos pais de crianças com doença oncológica.

Na presente investigação, as estratégias de *coping* menos utilizadas pelos pais de crianças com doença oncológica em fase de tratamento foram as ligadas ao “Uso de substâncias”, de “Desinvestimento comportamental”, de “Auto culpabilização”, de “Auto distração”, de “Humor” e de “Negação”.

Para Rodrigues et al., (2000) os pais de crianças em tratamento, utilizam estratégias de *coping* comportamentais ativas, mas também estratégias passivas ou de evitação para lidar com a doença oncológica. Estes resultados sugerem que estes pais, na adaptação psicológica à doença dos seus filhos, manifestam tensão, depressão, ansiedade, mas também a vontade e a força para lidar com a doença, para tentar enfrentá-la e fazer algo na luta contra a mesma. Os resultados obtidos pelos autores, revelaram também que os estados de humor e as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a doença são independentes da percepção cognitiva acerca da identidade e das possíveis causas da mesma.

Cruzando as duas variáveis, adaptação e frequência de utilização das estratégias de coping, os resultados da análise revelam que os pais ao evidenciarem uma adaptação psicológica positiva de “Aceitação” e “Espírito de luta” da doença oncológica dos seus filhos e tendem a adotar

mais estratégias de *coping* das dimensões de “Planear”, de “Coping ativo” e de “Reinterpretação positiva”.

Também na sua investigação, Rodrigues et al., (2000) revelam que as estratégias de *coping* mais eficazes dos pais com filhos com doença oncológica estão associadas às estratégias centradas no problema e que estas se traduziram numa melhor adaptação ao contexto de tratamento dos filhos.

Os resultados da presente investigação revelam ainda que os pais com adaptação psicológica negativa de “Desânimo/Fatalismo” parecem utilizar mais as estratégias ligadas ao “Uso de substâncias” e menos estratégias ligadas à “Reinterpretação positiva” da doença oncológica dos seus filhos ou seja, os pais tendem a recorrer ao uso de álcool e/ou de outras drogas.

Este estudo também apresenta algumas limitações, nomeadamente ao tamanho da amostra. Deste modo, considera-se pertinente a realização de estudos que implique uma maior amostra de forma a ser mais representativa e assim, explorar as relações entre as diferentes variáveis e generalizar esses resultados com maior segurança.

Conclusão

Uma vez que os resultados nos indicam a existência de “Aceitação” e “Espírito de luta” mas, também a “Preocupação ansiosa” na adaptação psicológica à doença, os Enfermeiros devem investir como facilitadores no processo de adaptação dos pais à situação de doença oncológica dos filhos.

Face aos resultados obtidos, torna-se fundamental que o Enfermeiro, como elemento da equipa multidisciplinar, centre os seus esforços no desenvolvimento da adaptação psicológica positiva através da utilização de estratégias de *coping* adequadas.

Assim, e atendendo aos resultados encontrados no presente estudo, são apresentadas algumas implicações na prática clínica de enfermagem através de propostas de intervenção e acompanhamento, junto dos pais de crianças com doença oncológica na fase de tratamento e que poderão promover suporte e desenvolver competências com resultados expressivos na adaptação à doença. Essas propostas traduzem-se na realização periódica e ordenada de reuniões com os pais e orientadas por enfermeiros e entre os pais com outros profissionais da equipa de saúde.

Desta forma, é proporcionado aos pais a troca de informações, a partilha de experiências, emoções e vivências, bem como o esclarecimento de dúvidas e/ou a disponibilização de

informações que poderia ser uma mediação eficaz para desenvolverem e solucionem dúvidas para lidarem com dificuldades inerentes ao processo de doença dos seus filhos.

Entendemos que os resultados a que chegámos poderão sustentar e contribuir para uma prática de enfermagem baseada na evidência, ajudar a delimitar focos de atenção dos enfermeiros, fundamentar os juízos de diagnóstico e o processo de tomada de decisão, potenciar intervenções de enfermagem eficazes e promover a pró-atividade e o bem-estar somático e emocional da Pessoa que carece de cuidados de enfermagem.

Bibliografia

- Björk, M., Wiebe, T., & Hallström, I. (2005). Striving to survive: families' lived experiences when a child is diagnosed with cancer. *Journal of pediatric oncology nursing : official journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 22(5), 265–275. <https://doi.org/10.1177/1043454205279303>
- Brody, A. C., & Simmons, L. A. (2007). Family Resiliency During Childhood Cancer: The Father's Perspective. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(3), 152–165. <https://doi.org/10.1177/1043454206298844>
- Dias, M.R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2002). O cancro no “seio” da família. In M.R. Dias & E. Durà (Coord.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 303-320) Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores.
- Elkin, T.D., Jensen, S.A., McNeil, L., Gilbert, M.E., Pullen, J., & McComb, L. (2007). Religiosity and Coping in Mothers of Children Diagnosed With Cancer: An Exploratory Analysis. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24, 274 - 278.
- Gonçalves, M. (2000). Estudo do Comportamento Parental Face ao Cancro. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2007). Brief report: pediatric cancer, parental coping style, and risk for depressive, posttraumatic stress, and anxiety symptoms. *Journal of pediatric psychology*, 32(10), 1272–1277. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm057>
- Hoekstra-Weebers, J., Jaspers, J., Klip, E.C., & Kamps, W. A. (2000). Factors Contributing to the Psychological Adjustment of parents of Pediatric cancer patients. In L. Baider, C. L. Cooper & A. K. De- Nour (Eds), *Cancer and the family*. England: John Wiley & Sons
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues A. (2003). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Pais-Ribeiro, J. (2004). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Pereira, M.G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*: Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores.
- Rodrigues, M. A.; Rosa, J.; Moura, M. & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), 61-68.
- Santos, C., Pais-Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico. In *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 8(1), 115-131.
- Santos, Célia. (2006). Doença oncológica: representação, coping e qualidade de vida. *Coimbra: Formasau*.
- Sousa, Maria Rui Grilo, Landeiro, Maria José Lumini, Pires, Regina, & Santos, Célia. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(4), 151-160.
- Seidl, F., Troccoli, T. & Zannon, C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
- Young, B., Dixon-Woods, M., Findlay, M., & Heney, D. (2002). Parenting in a crisis: conceptualising mothers of children with cancer. *Social science & medicine* (1982), 55(10), 1835–1847. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00318-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00318-5)

Dilemas sobre nutrição em cuidados paliativos: um contributo para a prática de enfermagem

Mafalda Guerra, Instituto Politécnico de Setúbal, mafalda.guerra@estudantes.ips.pt

Hugo Franco, Instituto Politécnico de Setúbal, NURSE'IN - Unidade de Investigação em Enfermagem Sul e Ilhas [UIESI], hugo.franco@ess.ips.pt

Resumo

Enquadramento: O terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável (ODS 3), visa a promoção do bem-estar para todas as Pessoas e repensa as condições de acesso da População aos cuidados de saúde. A filosofia dos Cuidados Paliativos insere-se neste ODS, sendo que o principal objetivo é a promoção de conforto e da qualidade de vida das Pessoas com doença terminal ou de prognóstico reservado. Neste contexto, a nutrição é uma temática que requer reflexão por parte do Enfermeiro, pois se por um lado, nesta filosofia de cuidar, são evitados tratamentos médicos fúteis (ex: nutrição parentérica), por outro, a dimensão ética e cultural da nutrição pode assumir dilemas de difícil resolução. Objetivos: Compreender quais as vantagens/desvantagens do suporte nutricional, em pessoas em fim de vida, em Cuidados Paliativos. Material e métodos: Revisão Scoping da Literatura, baseada no protocolo JBI (2020). Pesquisa realizada em quatro bases de dados e na literatura cinzenta, com a aplicação de limitadores. Após o refinamento da pesquisa, foram selecionados quatro artigos e um parecer do CJ da OE. Discussão e resultados: Os resultados foram analisados por dois investigadores e agrupados por domínios: suporte nutricional como um tratamento; suporte nutricional como uma necessidade básica; benefícios e riscos associados ao suporte nutricional artificial; princípios éticos; significados simbólicos da alimentação. Com esta evidência, foi possível elaborar um resumo referente às implicações para a prática de enfermagem, identificando diagnósticos, as respetivas intervenções e resultados esperados. Conclusão: Ainda que vasta, a evidência encontrada demonstra que a decisão de instituir ou não nutrição e hidratação artificial em fim de vida não é consensual.

Palavras-chave: Nutrição; Suporte Nutricional; Cuidados Paliativos.

Abstract

Background: The third sustainable development objective aims to promote well-being for all People and rethink the conditions of the population's access to health care. The Palliative Care philosophy is part of this sustainable development objective, and the main objective is to promote comfort and quality of life for people with terminal illness or poor prognosis. In this context, nutrition is a topic that requires reflection on the part of the Nurse, because if, on the one hand, in this philosophy of care, futile medical treatments (eg parenteral nutrition) are avoided, on the other hand, the ethical and cultural dimension of nutrition can take on difficult-to-solve dilemmas. Objectives: To understand the advantages/disadvantages of nutritional support, in people at the end of life, in Palliative Care. Material and methods: Scoping Review of the Literature, based on the JBI protocol (2020). Research carried out in four databases and in the gray literature, with the application of limiters. After the refinement of the research, four articles were selected and one opinion by the CJ of the OE. Discussion and results: Results were analyzed by two investigators and grouped by domains: nutritional support as a treatment; nutritional support as a basic need; benefits and risks associated with artificial nutritional support; ethical principles; symbolic meanings of food. With this evidence, it was possible to prepare a summary regarding the implications for nursing practice, identifying diagnoses, the respective interventions and expected results. Conclusion: Although vast, the evidence found demonstrates that the decision whether or not to institute artificial nutrition and hydration at the end of life is not consensual.

Keywords: Nutrition; Nutritional Support; Palliative care.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os Cuidados Paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais (Sistema Nacional de Saúde, 2018). Nutrição corresponde ao

processo pelo qual o corpo utiliza os alimentos para a produção de energia, manutenção da saúde, crescimento e para o funcionamento normal de todos os órgãos e tecidos. Para além das suas vantagens, esta possui também um grande significado de vitalidade na nossa cultura, onde alimentar e hidratar significa respeitar a vida e demonstrar cuidado para com a pessoa doente (Paz, da Silva & Martins, 2020; Reiriz et al., 2008). De acordo com Alves (2015), a pessoa em fim de vida compreende pessoas com patologias agudas com prognóstico de dias, associado ao diagnóstico de uma doença em fase incurável e progressiva, sendo uma fase caracterizada por deterioração irreversível, com consequente incapacidade funcional (Alves, 2015). Uma doença é considerada terminal quando não responde a nenhum tratamento disponível (Paz, da Silva & Martins, 2020).

A escolha desta temática surge pela controvérsia que existe relativamente à nutrição de Pessoas em fase terminal e pela falta de consenso e evidência sobre qual a melhor prática. Por ser um tema que envolve diversos fatores, principalmente associados a questões bioéticas, este suscita dúvidas e gera debates nas equipas de cuidados.

Metodologia

A Revisão da Literatura espelha as principais abordagens e o corpo da teoria acumulada sobre um determinado tema, presentes na literatura (Mariano & Santo, 2017, p. 431). O processo de pesquisa, análise e descrição de um corpo do conhecimento, inerente a uma revisão da literatura, tem como propósito responder à questão de investigação inicialmente proposta (Botucatu, 2015).

Para a realização da questão de investigação, foi utilizado o acrónimo PICo, de Joanna Briggs Institute (2020): P – População; I - Fenómeno de Interesse; Co – Contexto (Tabela 1), uma vez que a presente revisão pretende informar sobre o significado que uma intervenção, procedimento, processo, estados ou condições de saúde têm para as pessoas num determinado contexto (Apóstolo, 2017). Assim e de acordo com a temática, a questão de investigação é: “Quais as vantagens/desvantagens do suporte nutricional, em pessoas em fim de vida, em Cuidados Paliativos?”.

Tabela 1 – Acrónimo PICo (Apóstolo, 2017)

P – população	Pessoas em fim de vida
I – fenómeno de interesse	Suporte nutricional
Co – contexto	Cuidados Paliativos

Estratégia de pesquisa e identificação dos estudos

A pesquisa de informação foi realizada em quatro bases de dados: Scielo, PubMed, b-on e RCAAP, com os descritores: “nutrição em cuidados paliativos” e “suporte nutricional em cuidados paliativos”. De forma a restringir a pesquisa, na base de dados Scielo foram aplicados limitadores como áreas temáticas referentes a ética, nutrition, health care, coleções de Portugal e Brasil e estudos de 2016 a 2020. Na PubMed e b-on foram considerados estudos de 2015 a 2021 e os idiomas português e inglês. Para a presente revisão da literatura foram selecionados seis artigos pelo título e resumo. Dois deles foram excluídos, um por estar incompleto, o outro por não dar resposta à questão de investigação. Assim, foram considerados quatro documentos, de acordo com a sua pertinência, sendo que um deles não faz parte da estratégia de pesquisa descrita. Foi também utilizado um Parecer do Conselho Jurisdicional (2020) sobre o “Pedido de Parecer sobre a alimentação a pessoas em fim de vida e colocação de contenção física”.

A Tabela 2 demonstra os documentos utilizados, dispostos por ordem cronológica de ano de publicação. A cada documento foi associada uma letra de forma a facilitar sua menção.

Tabela 2 – Documentos selecionados para a Revisão da Literatura

Ano de publicação	Título do documento	Tipo de documento
2016	“Alimentação e Hidratação em Final de Vida no Doente Oncológico: Opinião de Médicos e Enfermeiros” [A]	Estudo quantitativo descritivo
2017	“Suporte nutricional artificial em cuidados paliativos – questões éticas” [B]	Revisão da literatura
2017	“Alimentação e hidratação artificiais no fim de vida” [C]	Texto de opinião
2018	“Nutrition and hydration in the End-of-life care: ethical issues” [D]	Artigo de revisão
2020	“Pedido de Parecer sobre a alimentação a pessoas em fim de vida e colocação de contenção física” [E]	Parecer Jurisdicional 043/2020

Extração de dados e síntese da evidência

O artigo “Alimentação e Hidratação em Final de Vida no Doente Oncológico: opinião de Médicos e Enfermeiros” (2016), corresponde a um estudo quantitativo descritivo, cujo principal objetivo foi analisar a opinião de médicos e enfermeiros relativamente a fatores que influenciam a decisão de início/manutenção/suspensão da nutrição e hidratação artificiais (NHA) no doente oncológico em situação de últimos dias de vida. Para tal, foram analisados 267 questionários, preenchidos por médicos e enfermeiros, de serviços de Oncologia Médica, Medicina Interna, Pneumologia, Gastrenterologia, Infeciologia, Urologia, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Geral e Ortopedia, e os resultados foram tratados utilizando o SPSS (Mendes, 2016).

De acordo com o estudo, quando o doente oncológico em final de vida diminui progressivamente a capacidade de ingerir líquidos e sólidos por via oral, até à incapacidade total, consequência da progressão da doença, surge a questão de iniciar ou suspender a alimentação e hidratação artificiais. Na tomada de decisão, para além dos défices nutricionais ou de desidratação, devem ser tidos em conta os benefícios e o conforto do doente. Alguns autores negam a relação de sede com o estado de hidratação, afirmando que a sede e o síndrome anorexia-caquexia não são reversíveis com a NHA, podendo esta causar riscos como alterações metabólicas, pneumonia de aspiração, associada à colocação da sonda nasogástrica, ou infeção, trombose e pneumotórax, associado ao cateter venoso central, e retenção de líquidos. Por outro lado, existem estudos que revelam que a hidratação artificial melhora a sedação e as mioclonias, prevenindo ou revertendo o delirium ou toxicidade por opioides. Em doentes com boa performance status, com neoplasias de crescimento lento e com prognóstico superior a 3 meses, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos, recomenda a NHA, visto que pode aumentar o tempo de vida, o estado funcional e a qualidade de vida (Mendes, 2016).

Contudo, para esta tomada de decisão importa envolver os familiares que acreditam que a suspensão de alimentação e hidratação artificiais é desistir do doente e vê-lo morrer à fome. Para estes, a NHA é uma sensação de alívio e segurança de que “se está a fazer de tudo para salvar o ente querido” (Mendes, 2016).

De acordo com os dados obtidos, a maioria dos médicos e enfermeiros concorda que a autonomia e vontade da pessoa devem ser respeitadas. Simultaneamente, é igualmente consensual que a pressão familiar influencia a tomada de decisão de iniciar ou suspender a alimentação e hidratação artificial. Quanto à questão da hidratação artificial aliviar a sensação

de sede, os profissionais responderam “não concordo nem discordo”. Relativamente à nutrição artificial a grande parte dos profissionais de saúde concorda que esta possa causar desconforto à pessoa. No entanto, apenas 47% profissionais concordam que a hidratação possa causar desconforto. Quanto à tomada de decisão de instituir, manter ou suspender a NHA, há consenso de que esta deve ser multidisciplinar. Por fim, a maioria dos participantes defende que não deve ser realizada hidratação parentérica, mas sim reforço aos cuidados orais. Ainda de acordo com os resultados obtidos, é possível concluir que existe discordância no que diz respeito ao receio de problemas legais sobre a tomada de decisão de NHA, a não iniciação ou suspensão da NHA acelerar o processo de morte, sobre hidratação artificial ser uma intervenção básica de suporte e sobre os efeitos que esta pode ter no conforto/controlo de sintomas. Assim, é de salientar que a maioria das afirmações que gera controvérsia diz respeito à nutrição artificial (Mendes, 2016).

Como conclusão, o estudo afirma que para a tomada de decisão e discussão ética, importa esclarecer se a hidratação artificial é uma intervenção básica de suporte ou um tratamento médico. Quanto à afirmação “a hidratação artificial do doente em fim de vida, alivia a sensação de sede”, deve-se ter em consideração os cuidados à boca, uma vez que a sensação de sede depende da mucosa oral. Quanto ao desconforto, está provado que o suporte nutricional ativo, numa pessoa em fim de vida não tem benefícios, visto que o síndrome anorexia-caquexia é refratário ao tratamento anti-tumoral e ao suporte nutricional pois os nutrientes já não são normalmente metabolizados. No que respeita à hidratação, esta deve ser ponderada caso a caso, pois se por um lado existem estudos que mostram que a hidratação artificial proporciona conforto, outros afirmam que a desidratação causa desconforto. Quanto à tomada de decisão, a família deve ser envolvida ainda que a responsabilidade recaia sobre o profissional de saúde, visto que as crenças pessoais sobre a alimentação possam sobrevalorizar a razão. O estudo sugere ainda que existe uma maior falta de consenso no que toca a questões sobre a hidratação artificial comparativamente à nutrição artificial (Mendes, 2016).

A Revisão da Literatura “Suporte nutricional artificial em cuidados paliativos – questões éticas” (2017), tem como objetivo compreender e discutir as questões éticas relacionadas com o suporte nutricional artificial (SNA) em cuidados paliativos, com base em artigos científicos de 5 bases de dados. Esta revisão aborda a definição de cuidados paliativos; os princípios bioéticos subjacentes à prática nutricional: beneficência, não-maleficência, autonomia e respeito, e as questões éticas relacionadas com o suporte nutricional artificial (Andrade, 2017).

Sobre os princípios bioéticos, a autora refere que o princípio da autonomia, deve ser fortemente respeitado, uma vez que a pessoa tem o direito de decidir quanto aos cuidados nutricionais que

deseja ou não receber. Em relação à beneficência e à não-maleficência, os profissionais de saúde devem agir de acordo com o benefício dos doentes e minimizar os danos. Quanto ao princípio da justiça, cada pessoa tem o direito de receber as mesmas oportunidades (Andrade, 2017).

Quanto às questões éticas relacionadas com o suporte nutricional artificial, alguns autores consideram o SNA como um cuidado humano básico e por isso, desde que a pessoa queira e possa, tem direito a recebê-lo. Outros autores afirmam que a partir do momento em que a alimentação é administrada pela via artificial, esta deve ser considerada como um tratamento, e deve ser instituída de forma ponderada e proporcional. Para outros autores, o suporte nutricional artificial é visto apenas como uma medida terapêutica fútil. Numa perspectiva legal, o SNA é considerado terapêutica médica, estando sujeito aos mesmos princípios que outros tratamentos (Andrade, 2017).

A abstenção do suporte nutricional artificial, no caso deste ser desproporcional, é “deixar a natureza seguir o seu curso” (Andrade, 2017, p.9), e a suspensão envolve uma ação direta que pode levar o doente à morte, o que faz com que o profissional de saúde se sinta responsável pelas consequências dessa ação (Andrade, 2017). No caso em que existem critérios para suspender o SNA, como ineficácia do tratamento, complicações ou morte iminente, as famílias sentem que os profissionais estão a “desistir” do seu familiar e que este vai morrer à fome e à sede.

Nestes casos, importa informar a família de que à medida que a pessoa se aproxima do fim de vida, a administração de alimentos torna-se insignificante no que diz respeito às necessidades nutricionais, sendo igualmente relevante explicar-lhes que a suspensão do SNA permite à pessoa ter uma morte digna e que as medidas paliativas continuarão a ser realizadas, de forma a proporcionar conforto à pessoa (Andrade, 2017). Em síntese, em relação à suspensão do SNA os fatores em avaliação são: “tratamento vs cuidado básico, prolongamento da vida sem qualidade vs complicações associadas à suspensão da alimentação e hidratação e desproporcionalidade terapêutica vs abandono terapêutico” (Andrade, 2017, p.10).

No que respeita às perspetivas culturais e religiosas na tomada de decisão, a autora afirma que estas afetam as decisões clínicas e por isso, devem ser tidas em consideração. Na cultura oriental, a vida é prolongada a todo o custo e a autonomia da pessoa não é respeitada, uma vez que a doença e o seu estadió são ocultados. Pelo contrário, no Ocidente, a autonomia da pessoa e a qualidade de vida devem ser tidas em conta na tomada de decisão, assim como na igreja

Protestante, em que a vida sem qualidade não deve ser prolongada. Para os muçulmanos e na região Católica, existem praticantes a favor do SNA, pois ainda que a vida seja sagrada, esta não deve ser preservada a todo o custo e por isso, este procedimento deve ser instituído apenas se os benefícios forem maiores que os riscos. Por outro lado, existem católicos que por considerarem o SNA como uma necessidade básica, acreditam que a sua suspensão é sinónimo de “matar o doente” (Andrade, 2017, p.12). Para os judeus conservadores, é feita uma distinção entre instituir e retirar o SNA, ou seja, caso a pessoa queira SNA, este deve ser instituído, mas a sua suspensão é proibida, uma vez que este suporte é visto como uma necessidade básica e não um tratamento. No caso dos judeus ortodoxos, o SNA é iniciado apenas se não prolongar o sofrimento. Na mesma linha de pensamento e de acordo com o princípio da não-maleficência, o budismo e o islamismo defendem que o SNA deve ser suspenso ou retirado, no caso do islamismo, com consentimento informado. Por fim o hinduísmo afirma que a vida não deve ser prolongada, no entanto, a suspensão de tratamentos não é aceite, visto que só Deus pode retirar a vida (Andrade, 2017).

Para concluir, a autora salienta que a não instituição ou suspensão do SNA não significa negligenciar ou abandonar a pessoa, dado que as medidas paliativas continuarão a ser prestadas, numa abordagem holística, promovendo o conforto e qualidade de vida até à morte, ou seja, quando o tratamento é considerado inútil ou desproporcionado, a sua suspensão ou abstenção “trata-se de boa prática clínica - e não de um ato de eutanásia” (Andrade, 2017, p. 15).

O documento “Alimentação e hidratação artificiais no fim de vida” (2017) é um texto de opinião cujo autor é diretor do Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto. De acordo com este, a alimentação e a hidratação artificial (AHA) são tratamentos médicos, e por isso, em situações em que não há benefício para a pessoa, é legítimo que não se iniciem ou se interrompam. Numa pessoa em fase agónica, instituir-se-ia AHA na eventualidade desta ter fome, o que não acontece. Quanto à desidratação, o autor afirma que esta pode ser causada pela falta de administração de fluidos, levando a uma sensação de sede, que pode ser resolvida com cuidados à boca. Ao mesmo tempo, a desidratação reduz os edemas; as secreções gastrointestinais e consequentemente os vómitos; as secreções brônquicas e assim a dispneia e a respiração estertorosa, contudo, pode causar delirium, diretamente ou pela acumulação dos metabolitos dos fármacos administrados devido à insuficiência renal secundária. O mesmo reforça que a utilização de sondas nasogástricas podem causar pneumonias de aspiração, sobretudo em doentes debilitados; os cateteres centrais podem causar complicações na sua inserção, como pneumotórax, hemorragias, infeções; e mesmo as infusões

em veias periféricas podem causar dor e infecção, e que a sua utilização não tem uma influência significativa na sobrevivência, apenas significa o prolongamento do processo de morte (Gonçalves, 2017).

A ausência de alimentação e nutrição perturba os familiares pois “vêm muitas vezes a não administração de alimentos e líquidos como algo que vai precipitar a morte do doente” (Gonçalves, 2017, p.3). Por este motivo, importa esclarecer quanto aos riscos e benefícios de hidratar ou não e da utilização de sondas e acessos venosos. É igualmente importante informar a família que não é a ausência de nutrição ou hidratação que causa a morte, mas sim a doença subjacente (Gonçalves, 2017).

Nos casos de pessoas em situação de estado vegetativo persistente, por não terem a capacidade de se alimentar, a AHA é uma forma de sobrevivência prolongada. No entanto, antes de ser iniciada, é necessário “esperar o tempo requerido para tornar improvável a possibilidade de recuperação, saber se o doente manifestou as suas preferências, quando competente, o que deve ter prioridade sobre outras considerações e avaliar o benefício que a AHA tem para o doente” (Gonçalves, 2017, p.4). Tal como o autor, também a Associação Médica Britânica e o Relatório Sobre o Estado Vegetativo Persistente de 2005 consideram a AHA como um tratamento, podendo interromper-se. Porém, o Parecer Sobre o Estado Vegetativo Persistente considera a AHA como um cuidado básico, defendendo-o como um direito das pessoas (Gonçalves, 2017).

O artigo “Nutrition and hydration in the End-of-life care: ethical issues” (2018) aborda as questões éticas relacionadas com a nutrição e hidratação em fim de vida, especificamente; as diretivas antecipadas de vontade, a questão da nutrição e da hidratação serem um tratamento ou uma necessidade básica, o significado da comida e líquidos, manter ou retirar a nutrição e a hidratação, os riscos e benefícios do suporte nutricional, a decisão de deixar de comer/beber voluntariamente e por fim, a hidratação artificial (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018).

Referente ao tema da hidratação artificial (NHA) ser ou não um tratamento, existem diferentes argumentos como: o facto de se iniciar NHA apenas prolongará o sofrimento e consequentemente, é legítimo suspender ou retirar essas medidas; o de que a nutrição e a hidratação só se consideram tratamento se forem administradas por via artificial e por isso, deve ser realizada a avaliação dos riscos e benefícios, e interrompê-la se esta for fútil. Existem autores que vêem a NHA como uma necessidade básica, comparando com a respiração, sendo esta indispensável à vida. Outros acreditam que manter ou retirar NHA pode ser justificado em algumas circunstâncias, para qualquer faixa etária, como outro suporte de vida qualquer, não

existindo diferença moralmente relevante entre as várias tecnologias de suporte de vida e a NHA. Um argumento contra é que iniciar ou suspender a NHA pode causar morte com sofrimento e dor adicionais (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018).

Quanto à comida e líquidos oferecidos por via oral, estes representam uma forma de carinho e de cuidar, respeitando uma normativa social. No entanto, a hidratação e nutrição artificial não são sinónimo de comer e beber visto que a NHA não se enquadra nesta normativa (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018).

Relativamente à instituição ou suspensão da NHA, o artigo indica que estas podem representar uma forma de negligência, eutanásia, suicídio assistido, tortura ou uma forma de fazer uma pessoa morrer devagar e dolorosamente. Muitas vezes referem que “amar não é morrer em consequência de uma doença, mas em consequência de fome e sede” (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018, p. 37) e isso pode causar conflito entre famílias e equipas de saúde. Do ponto de vista ético, às vezes é discutido se manter e retirar NHA está associado ao conceito de matar ou deixar morrer por fome e sede, no entanto, para uma pessoa com doença terminal, a fome não está presente. Muitos estudos revelam que pacientes em final de vida que não são alimentados ou hidratados sentem-se confortáveis experimentando sentimentos de euforia, explicados pela liberação de endorfinas. De acordo com a Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo após retirar ou suspender um tratamento que não tem benefício ou se tornou desproporcional os cuidados padrão ou paliativos e o conforto devem ser fornecidos/mantidos. Segundo a Academia de Nutrição e Dietética, a alimentação pode não ser desejável se a morte for esperada dentro de horas ou alguns dias (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018).

A NHA está sujeita a riscos consideráveis que podem contribuir negativamente para o conforto, qualidade de vida, bem-estar e sobrevivência das pessoas. Em relação à nutrição enteral, as sondas nasogástricas podem causar pneumonia por aspiração, particularmente em pacientes debilitados, mas também diarreia, vômito e perfuração esofágica. A PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy), pode causar náuseas, vômitos, entre outros. Se a nutrição parenteral se tornar uma opção, os cateteres venosos centrais podem causar pneumotórax, hemorragia e infeção. Em alternativa, associado aos cateteres venosos periféricos pode também surgir dor e infeção. Importa referir que a administração de fluidos por esta via, pode causar edema do pulmão, em pessoas cuja função renal é diminuída ou ausente. A Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo considera que a nutrição e hidratação artificial permite maior sobrevida em pacientes terminais e por isso, em casos específicos, se os riscos da NHA

superarem os benefícios potenciais, então há obrigação de suspendê-la (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018).

A decisão de deixar de comer ou beber voluntariamente define-se como uma atitude de pacientes competentes – ou seja, sem défices cognitivos - com doenças crónicas avançadas, que decidem parar de se alimentar e hidratar ou parar de comer e beber por via oral porque o sofrimento persiste. Muitas vezes é vista como: desidratação terminal voluntária, morte voluntária por desidratação, desidratação terminal ou comportamento autodestrutivo indireto. Na maioria dos casos, as razões para o pedido de “acelerar a morte” são: cansaço do processo de morte, desejo de controlar as circunstâncias da morte, sentir que não existe qualidade de vida, desejo de morrer em casa, a perda de sentido em estar vivo, a deterioração do estado de saúde e o “fardo” de viver sem qualquer benefício associado (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018).

Legalmente, pessoas competentes, têm o direito de recusar nutrição e hidratação, ainda que seja visto como uma forma de suicídio e, portanto, ser considerada ilegítima. Outros autores acreditam que colaborar com pessoas que desejam apressar a morte é moralmente inadmissível. No entanto, se um paciente tomar essa decisão, as equipas de saúde devem respeitá-la (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018).

A ingestão reduzida de alimentos provoca diminuição das contrações gástricas, levando à redução da estimulação hipotalâmica e à anorexia. Devido à falta de glicose e proteína, o metabolismo recorre a reservas de gordura, aumentando os níveis de cetona que suprimem a fome e a sede, e por isso, a opção de deixar de comer/beber não causa desconforto. Muitos autores acreditam que não comer ou beber de forma voluntária, é uma alternativa ao suicídio assistido por médico e eutanásia. Neste ponto, a Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo afirma que a renúncia de alimentos e fluidos pode ser considerada como uma expressão de autodeterminação, por meio de uma decisão autónoma em relação à própria vida, mas não deve ser confundida com depressão grave ou doença relacionada com falta de apetite (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018).

Por fim, em relação à hidratação artificial (HA), a Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo indica que esta deve ser feita pela via enteral ou por hipodermóclise, tendo em conta os riscos e benefícios. Antes de iniciar a hidratação artificial, importa avaliar os benefícios potenciais como a prevenção ou alívio de sintomas que são frequentes e que podem causar grande angústia, não esquecendo valores e princípios morais, como respeito pela vida, morte e dignidade humana. Nalgumas pessoas, a opção de não hidratar aumenta a sensação de

analgesia, com menos episódios de incontinência. Um dos argumentos contra, é a aplicação dos valores simbólico, religioso e cultural da comida, à hidratação artificial. Se a pessoa tem sede este sintoma pode ser aliviado com medidas simples e não invasivas, como cuidados à boca, saliva artificial, entre outros. A reidratação tem como benefícios aliviar o delírio e melhorar a filtração glomerular, que atenua os efeitos adversos associados à acumulação de metabólitos de opioides (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018).

Como conclusão, o artigo refere que os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça formaram as bases do processo de tomada de decisão para a ética médica, mas com o passar dos anos, esses princípios foram alterados e por várias vezes, mal interpretados. Nesse sentido, não houve um grande desenvolvimento na área de nutrição e hidratação no cuidado de fim de vida, embora a opção de não comer/beber voluntariamente, pareça ser mais frequentemente referido na literatura. A tomada de decisão sobre questões éticas em paliativos e em cuidados no final da vida podem interferir com sentimentos, emoções e atitudes, sendo muitas vezes sentido pelos profissionais de saúde e familiares que a remoção da NHA é mais difícil por ser associada a negligência. De forma a clarificar mitos e esclarecer dúvidas e medos sobre a NHA, o próprio artigo sugere que é necessário a presença de nutricionistas em equipes de cuidados paliativos, assim como a necessidade de definir o papel e as intervenções destes profissionais (Reis, Sarmiento & Capelas, 2018).

De acordo com o Parecer Jurisdicional 043/2020 sobre o “Pedido de Parecer sobre a alimentação a pessoas em fim de vida e colocação de contenção física”, medidas que não alterem o quadro clínico, como a colocação de uma sonda nasogástrica, são práticas consideradas exageradas, porém toleráveis para os familiares. O excesso terapêutico, relativamente a um resultado esperado, representa um dilema ético angustiante para os enfermeiros, servindo apenas para manter a pessoa viva, ou seja, sem objetivo de curá-la ou de atenuar a progressão da doença – distanásia ou obstinação terapêutica, sendo esta prática eticamente condenável. Não é fácil estabelecer uma linha que limite a intervenção terapêutica adequada da obstinação terapêutica, ainda assim, o enfermeiro deve contestar sobre medidas que sirvam apenas para prolongar inutilmente a vida de uma pessoa, que se encontra num processo irreversível de morte, garantindo que após a suspensão de certas medidas, serão realizadas outras que garantam o conforto (Ordem do Enfermeiros, 2020). Neste mesmo Parecer é ainda abordado o tema dos familiares, que muitas vezes solicitam que se aplique todas as terapias possíveis na tentativa de adiar a morte do seu ente querido. A emoção e a falta de comunicação resultam numa expectativa irrealista, por parte dos familiares, que

consequentemente, influencia a atitude dos profissionais de saúde de investir desproporcionalmente no processo de cura, através de intervenções infundáveis.

Assim, importa empoderar as famílias na compreensão e aceitação da condição da pessoa em fim de vida (OE, 2020).

Discussão

Após a análise dos documentos selecionados, é possível concluir que em todos eles se coloca a questão se a nutrição e a hidratação artificial são um tratamento ou uma necessidade básica, ainda que no texto de opinião “Alimentação e hidratação artificiais no fim de vida” e no Parecer Jurisdicional 043/2020 seja considerado como um tratamento e por isso deve ser interrompido se necessário.

Quanto aos benefícios do suporte nutricional, o estudo “Alimentação e Hidratação em Final de Vida no Doente Oncológico: Opinião de Médicos e Enfermeiros” revela que a hidratação artificial melhora a sedação e as mioclonias, prevenindo ou revertendo o delirium ou toxicidade por opioides, e no caso de doentes com boa performance status, com neoplasias de crescimento lento e com prognóstico superior a 3 meses, a NHA pode aumentar o tempo e qualidade de vida e o estado funcional. No mesmo estudo, na revisão “Suporte nutricional artificial em cuidados paliativos – questões éticas”, no texto “Alimentação e hidratação artificiais no fim de vida” e no artigo “Nutrition and hydration in the End-of-life care: ethical issues”, são apresentados alguns riscos associados à introdução de sondas nasogástricas e cateteres venosos, como a dor, o desconforto, o risco de aspiração e a infeção. Tanto nestes dois artigos como no Parecer 043/2020, salienta-se a importância de explicar aos familiares que, ainda que o suporte nutricional não seja instituído ou seja interrompido, os cuidados de conforto irão ser prestados/mantidos, através por exemplo, de cuidados à boca como a hidratação dos lábios, saliva artificial. Somente dois artigos abordam os princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Em qualquer dos artigos analisados, a família deve participar na tomada de decisão de iniciar ou suspender a nutrição e a hidratação artificial, sendo que, de acordo com o Parecer Jurisdicional 043/2020, os familiares devem ser empoderados, de forma a evitar expectativas irrealistas que levam a que estes solicitem aos profissionais que apliquem todas as terapias possíveis para prolongar a vida do ente querido, sujeitando-os a uma pressão que culmina no investimento em intervenções infundáveis e desproporcionais, por parte destes. A revisão “Suporte nutricional artificial em cuidados paliativos – questões éticas” acrescenta

ainda que as perspectivas culturais e religiosas devem ser igualmente consideradas no momento de tomar decisões.

Para além da pressão que a família coloca nos enfermeiros, segundo o estudo “Alimentação e Hidratação em Final de Vida no Doente Oncológico: Opinião de Médicos e Enfermeiros” e o artigo “Nutrition and hydration in the End-of-life care: ethical issues”, para estes a suspensão da hidratação é considerada mais difícil do que na nutrição artificial. A revisão “Suporte nutricional artificial em cuidados paliativos – questões éticas” diferencia ainda a suspensão da abstenção, sendo que na primeira atitude, os profissionais sentem-se responsáveis pelas consequências desta ação. Ainda nesta mesma revisão, qualquer uma destas ações não é sinónimo de negligência, pois se é um procedimento inútil, é uma boa prática interrompê-lo e não um ato de eutanásia. Esta temática é também abordada no artigo “Nutrition and hydration in the End-of-life care: ethical issues” e no Parecer Jurisdicional 043/2020 que refere que medidas não alteram o quadro clínico da pessoa, são exageradas, afirmando que a obstinação terapêutica é angustiante para os profissionais de saúde.

Por fim, alguns artigos acreditam que a presença de nutricionistas, em equipas de cuidados paliativos, é benéfica.

A Tabela 3 resume a evidência científica encontrada em cada artigo, relativa aos domínios selecionados.

Tabela 3 – Domínios e evidência

Domínios	Evidência
Suporte nutricional como um tratamento ou uma necessidade básica	- O suporte nutricional artificial (SNA) é considerado como um cuidado humano básico e por isso, desde que a pessoa queira e possa, tem direito a recebê-lo. [A] - Considera-se um tratamento a partir do momento em que a alimentação é administrada pela via artificial, e por isso deve ser instituída de forma ponderada e proporcional. [A], [D] - O suporte nutricional artificial é visto apenas como uma medida terapêutica fútil. [A] - Numa perspectiva legal, o SNA é considerado terapêutica médica, estando sujeito aos mesmos princípios que outros tratamentos. [A] - A alimentação e a hidratação artificial (AHA) são tratamentos médicos, e por isso, em situações em que não há benefício para a pessoa, é legítimo que não se iniciem ou se interrompam. [C] - A nutrição e hidratação artificial (NHA) apenas prolongará o sofrimento e consequentemente, é legítimo suspender ou retirar essas medidas. [D] - A NHA como uma necessidade básica, comparando com a respiração, sendo esta um indispensável à vida. [D] - Não existindo diferença moralmente relevante entre as várias tecnologias de suporte de vida e a NHA. [D] - Iniciar ou suspender a NHA pode causar morte com sofrimento e dor adicionais. [D] - Medidas que não alterem o quadro clínico, como a colocação de uma sonda nasogástrica, são práticas consideradas exageradas. [E]
Benefícios e riscos associados ao	- Benefícios: a hidratação artificial melhora a sedação e as mioclônias prevenindo ou revertendo o delirium ou toxicidade por opioides. No caso de doentes com boa performance status, com neoplasias de crescimento lento e com prognóstico superior a 3 meses, a NHA pode aumentar o tempo e qualidade de vida e o estado funcional. [A]

suporte nutricional artificial	- A Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo considera que a nutrição e hidratação artificial permite maior sobrevida em pacientes terminais. [D] Riscos: alterações metabólicas, dor, desconforto, riscos de infecção e aspiração associados à introdução de sondas nasogástricas e cateter venosos. [A], [C], [D].
Conforto/Estratégias não farmacológicas	- Realizar cuidados à boca, uma vez que a sensação de sede depende da mucosa oral. [A] - A sede pode ser aliviada com medidas simples e não invasivas, como cuidados à boca, saliva artificial. [D] - A não instituição ou suspensão do SNA não significa negligenciar ou abandonar a pessoa, dado que as medidas paliativas continuarão a ser prestadas. [A]
Princípios éticos	Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça. [A], [B], [D]
Significado da comida e dos líquidos	Quanto à comida e líquidos oferecidos por via oral, estes representam uma forma de carinho e de cuidar, respeitando uma normativa social. [A], [B], [D]
Tomada de decisão	- Para a tomada de decisão e discussão ética, importa esclarecer se a hidratação artificial é uma intervenção básica de suporte ou um tratamento médico. [A] - Importa envolver a família e equipa multidisciplinar na tomada de decisão. [A] - Aspetos culturais devem ser considerados na tomada de decisão. [B] - Antes de iniciar a hidratação artificial, importa avaliar os benefícios potenciais como a prevenção ou alívio de sintomas. [D]

Sentimentos profissionais de saúde	dos de	- A pressão familiar influencia a tomada de decisão de iniciar ou suspender a alimentação e hidratação artificial. [A], [E] - A suspensão do suporte nutricional envolve uma ação direta que pode levar o doente à morte, o que faz com que o profissional de saúde se sinta responsável pelas consequências dessa ação. [B] - A remoção da NHA é mais difícil por ser associada a negligência. [D] - O excesso terapêutico, representa um dilema ético angustiante para os enfermeiros. [D]
Eutanásia obstinação terapêutica	vs	- A suspensão de alimentação e hidratação artificiais é desistir do doente e vê-lo morrer à fome. [A], [B] - Quando o tratamento é considerado inútil ou desproporcionado, a sua suspensão ou abstenção “trata-se de boa prática clínica - e não de um ato de eutanásia”. [B] - Os pacientes em final de vida que não são alimentados ou hidratados sentem-se confortáveis experimentando sentimentos de euforia, explicados pela liberação de endorfinas. [D] - Não é fácil estabelecer uma linha que limite a intervenção terapêutica adequada da obstinação terapêutica. [E]
Presença de nutricionistas	de	- A presença de nutricionistas é necessária em equipas de cuidados paliativos, assim como a necessidade de definir o papel e as intervenções destes profissionais. [D]

Implicações para a Enfermagem

Em concordância com o descrito e segundo a CIPE (2015), serão apresentados alguns diagnósticos de enfermagem, assim como as intervenções associadas aos mesmos e os respectivos resultados esperados (Tabela 4).

Tabela 4 – Diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções	Resultados esperados
Conhecimento sobre processo patológico comprometido	- Informar a pessoa/família sobre as consequências da patologia; - Informar a pessoa/família sobre os riscos e benefícios da nutrição e hidratação artificial;	Conhecimento sobre processo patológico melhorado
Tomada de decisão comprometida	- Respeitar a autonomia da pessoa e diretivas de vontade (se existir); - Avaliar os riscos/benefícios do suporte nutricional artificial; - Empoderar a família, gerindo expectativas irrealistas; - Envolver a equipa multidisciplinar, pessoa e família na tomada de decisão; - Garantir que os cuidados de conforto serão mantidos.	Tomada de decisão efetiva
Conforto comprometido	- Garantir que os cuidados de conforto serão mantidos; - Ensinar sobre estratégias para alívio da desidratação – cuidados à boca.	Conforto efetivo

Conclusão

Com a realização da presente Revisão da Literatura, foi possível aprofundar conhecimentos e sintetizar sobre este tema tão complexo e tão presente no contexto de cuidados paliativos e, ainda, desenvolver competências a nível da pesquisa de evidência.

Simultaneamente, com esta revisão foi possível confirmar a controvérsia existente em torno da nutrição e hidratação artificial em fim de vida, concluindo que é uma temática que envolve muitas questões éticas, e em que a tomada de decisão não é linear. Assim, a decisão de instituir, manter ou suspender a nutrição e a hidratação artificial devem ser avaliadas caso a caso, tendo em conta a situação da pessoa e os riscos e benefícios associados, sempre com o principal objetivo de lhe proporcionar conforto.

Bibliografia

- Alves, A.M.A. (2015). *Satisfação dos cuidados de enfermagem e de Saúde à pessoa em fim de vida* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal). Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=6hLgF6S5>
- Andrade, J. S. C. C. D. (2017). *Suporte nutricional artificial em cuidados paliativos: questões éticas* (Trabalho complementar, Universidade Fernando Pessoa, Portugal). Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/7575>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Botucatu (2015). *Tipos de revisão de literatura* (Universidade de São Paulo, Brasil). Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>
- Corrêa, P. H., & Shibuya, E. (2007). *Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos*. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(3), 317-323. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1799/1081>
- Gonçalves, F. (2017). *Alimentação e hidratação artificiais no fim da vida* [texto de opinião]. Disponível em: <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180708105033.pdf>
- Mariano, A. M., & Rocha, M. S. (2017). *Revisão da literatura: apresentação de uma abordagem integradora*. In AEDM International Conference (Vol. 18, pp. 427-442).
- Mendes, A. M. A. (2015). *Satisfação dos cuidados de enfermagem e de saúde à pessoa em fim de vida* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal). Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=6hLgF6S5>
- Mendes, J. S. P. P. (2016). *Alimentação e hidratação em final de vida no doente oncológico: opinião de médicos e enfermeiros* (Tese de mestrado, Universidade do Porto, Portugal). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83798/2/133145.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *CIPE VERSÃO 2015 – classificação internacional para a prática de enfermagem*. Edição portuguesa. Genebra, Suíça: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer CJ 043/2020*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20544/parecer-cj-043-2020.pdf>
- Paz, A.S., da Silva, B. F. G., & Martins, S. S. (2020). *Nutrição em cuidados paliativos oncológicos: Aspectos bioéticos*. *Brazilian Journal of health*. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13615/11406>

- Pinho-Reis, C., Sarmiento, A., & Capelas, M. L. (2018). *Nutrição e Hidratação em Fim de Vida: Questões Éticas*. Acta Portuguesa de Nutrição, (15), 36-40. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/27885>
- Reiriz, A. B., Motter, C., Buffon, V. R., Scatola, R. P., Fay, A. S., & Manzini, M. (2008). *Cuidados paliativos: há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal?*. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd, 150-155. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/lil-494996>
- Ribeiro, A. S. S. (2012). *Controlo de sintomas em cuidados paliativos num serviço de medicina interna* (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal). Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8755/1/676369_Tese.pdf
- Sistema Nacional de Saúde (2018). *Inovação e Qualidade Organizacional no SNS: cuidados paliativos*. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Edna-Goncalves_Cuidados-Paliativos_v2.pdf

Pensando os objetivos do desenvolvimento sustentável na vertente da mulher/família: Uma reflexão integrativa nas áreas de conhecimento e intervenção do/a enfermeiro/a

Fernanda Marques, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, fernanda.gomes@ess.ips.pt
Zélia Candeias, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, zelia.candeias@ess.ips.pt

Resumo

Trata-se de um artigo resultante de apresentação oral, fruto da análise refletida dos dezassete Objetivos do Desenvolvimento Sustentável realizada pelas autoras com os/as estudantes da unidade curricular Enfermagem VI Saúde Sexual e Reprodutiva do 3º ano do 18º e 19º Cursos de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A discussão foi orientada para as questões relacionadas com a intervenção dos profissionais de enfermagem perante a mulher, as crianças, a família e a sociedade tendo por base os conteúdos lecionados e integrados no plano de estudos da unidade curricular. Na análise do foco de cada objetivo houve a preocupação de discutir um olhar para a questão da alimentação do/da recém-nascido/a e criança pequena. O texto não pretende ser uma abordagem holística pois refere-se apenas ao que emergiu da discussão estabelecida que resultou em um “brainstorming” de ideias e conceitos orientado pelas docentes visando o foco da sensibilização e promoção da subsequente análise de cada um dos ODS.

Palavras chave: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, Mulher, Criança, Família, Aleitamento Materno

Abstract

This is an article resulting from an oral presentation carried out as a result of the reflected analysis of the seventeen Sustainable Development Goals carried out by the authors with students of the Nursing VI Sexual and Reproductive Health course unit of the 3rd year of the 18th and 19th Nursing Degree courses from the Higher School of Health of the Polytechnic Institute of Setúbal. The discussion was oriented towards issues related to the intervention of nursing professionals towards women, children, family and society, based on the contents taught and integrated in the study plan of the curricular unit. In the analysis of the focus of each objective, there was a concern to discuss a look at the issue of feeding the newborn and small child. The text is not intended to be a holistic approach, as it only refers to what emerged from the established discussion that resulted in a “brainstorming” of ideas and concepts guided by the teachers, aiming to raise awareness and promote the subsequent analysis of each of the SDGs.

Keywords: Sustainable Development Goals, Woman, Child, Family, Breastfeeding

Introdução

Este artigo visa dar a conhecer, de forma mais aprofundada, o trabalho desenvolvido pelas autoras quer de forma autónoma quer com os/as estudantes aquando da leção das aulas da unidade curricular Enfermagem VI Saúde Sexual e Reprodutiva do terceiro ano do 18º e 19º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, designadamente sobre o seu olhar analítico e refletido dos dezassete Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) dirigido especificamente à mulher e família, numa perspetiva da transmissão de valores geracionais, tendo em conta o seu cariz de cuidadora sem descuidar os conhecimentos ministrados correspondentes aos conteúdos programáticos do plano de estudos da unidade curricular. A cada objetivo foi efetuada uma leitura empírica, global e

generalizada à luz dos fatores humanos, sociais e económicos que afetam a mulher, enquanto cidadã de uma sociedade alargando a abordagem à família, das suas situações e condições face ao evidenciado pelo objetivo. Em todos os ODS se fez uma observação face à amamentação por ser uma das temáticas estudadas, lecionada numa perspetiva de procedimento natural e ecologicamente sustentável. Tendo em conta o referido, importa sublinhar que o presente texto não pretende ser holístico nas suas inferências, dado que se refere apenas ao levantamento de questões que surgiram do “*brainstorming*” de ideias e conceitos que emergiram das conversas estabelecidas visando a promoção da consciencialização e subsequente análise de cada um dos ODS. Algumas vezes as temáticas surgem fundamentalmente suportadas por autores que desenvolveram investigação na temática e que se considerou pertinente consultar para a consolidação dos conhecimentos. Desta forma, pretende-se dar a conhecer o texto que foi a base da apresentação oral realizada em Comunicações Livres, no dia 6 de maio, do Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: Velhos desafios e novas oportunidades, organizado por um grupo de docentes da Escola Superior de Saúde e da Escola Superior de Ciências Empresariais, do Instituto Politécnico de Setúbal, realizado online entre os dias 5 e 7 de maio de 2022.

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

No decurso da concretização da Agenda 2030 sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) impera que se integrem as suas metas nas tomadas de decisão e que, concomitantemente, contribuam de forma inovadora, em equilíbrio e com foco de excelência para um futuro mais sustentável e inclusivo. Neste sentido todas as pessoas devem ter consciência dos ODS, dos focos de cada um dos seus 17 objetivos para que as suas ações e decisões de vida pessoal, social e/ou profissional sejam fruto de tomadas de decisão em conformidade. Deste modo, de seguida, abordamos cada um dos objetivos segundo a observação analítica realizada pelas autoras e seus discentes, nomeadamente:

ODS 1. Erradicar todas as formas de pobreza no mundo. Visa garantir que todas as pessoas, particularmente os mais pobres e vulneráveis tenham igualdade de direitos quer no acesso aos recursos económicos, aos serviços básicos, à propriedade e controle das terras, aos recursos naturais ou às novas tecnologias. Há vários fatores que influenciam os níveis de pobreza, como geográficos, culturais, sociais, económicos/financeiros, políticos e ambientais. Os mais pobres estão em desequilíbrio, são os que estão desempregados, são os excluídos na, e pela, sociedade que estão mais vulneráveis às doenças, à desnutrição, à falta de acesso à educação,

discriminação e exclusão. São os que mais sofrem aquando de desastres naturais e de guerras. O fator idade também tem influência nos níveis de pobreza, o que leva às populações mais vulneráveis estarem mais suscetíveis às suas consequências, como as crianças, as mulheres, especificamente as grávidas, as pessoas idosas e pessoas com alterações a nível físico/mental (Cabaço, 2017, pp.14).

Segundo o Observatório de Igualdade de Género das Nações Unidas, consultado em março de 2022, o Índice de Feminidade da Pobreza (que é o que compara a percentagem de mulheres *pobres* de 20 a 59 anos em relação aos homens *pobres* nesta mesma faixa etária) denuncia as disparidades na incidência da pobreza, dita indigência, entre mulheres e/ou de outras pessoas (por ex.: ascendentes). Estes factos são particularmente preocupantes se tivermos presente que as mulheres constituem a maioria da população mais idosa da União Europeia (UE). Na última década, a UE adotou medidas para corrigir a disparidade entre homens e mulheres e instigou os Estados-Membros a tomarem medidas que promovam a prevalência de trabalho a tempo parcial e a resolução da lenta progressão salarial. Segundo o mesmo observatório a disparidade entre os homens e as mulheres começa a aumentar numa idade mais avançada e atinge o valor mais alto a partir dos 75 anos, designadamente 22% das mulheres vivem em risco de pobreza ou exclusão social, em comparação com apenas 15% dos homens, prejudicando a sua independência económica e que aquando da vivência da fase mais tardia da sua vida, caíam muito mais facilmente na pobreza do que os homens. Em todas as faixas etárias, as mulheres enfrentam um maior risco de pobreza, recebem salários inferiores aos homens (mesmo que o trabalho seja igual), têm maior probabilidade de ter empregos mal remunerados e precários e interrompem as suas carreiras para assumirem a responsabilidade de cuidar dos filhos.

A promoção de direitos iguais no acesso a recursos económicos e serviços básicos permite à mulher cuidar melhor da sua saúde e da/s sua/s criança/s (da sua família), ter recursos para o fazer e aumentar a sua literacia em saúde (Camacho, 2016). A pobreza influencia a vinculação entre a mãe e o/a recém-nascido/a e/ou criança pequena, e esta situação de vulnerabilidade pode levar a situações de abandono e comprometimento do seu crescimento/desenvolvimento. Este facto mostra que as mulheres são as que estão mais em situação de pobreza (indigência), sendo as que têm falta de autonomia económica, por dependerem dos rendimentos aportados por outros membros da família as mais propensas a situação de pobreza, principalmente se pertencem a famílias numerosas e/ou que tenham maior número de crianças.

A pobreza está também associada ao aumento das interrupções voluntárias da gravidez (IVG), aumento de discriminação, de violência, de opressão social, dificuldades de acesso a

alimentação, a água potável e ao saneamento básico, situações que comprometem a saúde e bem-estar da mulher e família, assim como o crescimento e desenvolvimento infantil. Em sítios geográficos específicos, como os países em desenvolvimento, a pobreza afeta também o acesso da mulher ao parto assistido, ao acompanhamento da gravidez, ao planeamento familiar, assim como aos rastreios (ex.: rastreio do cancro da mama, do cancro do colo do útero...).

A promoção do aleitamento materno enquanto alimento natural, com menos custos económicos e de maior acessibilidade, para os/as recém-nascidos/as e crianças pequenas, é uma medida de cuidado e preservação da saúde e bem-estar da espécie humana. Disposição natural dos seres mamíferos, que é o mais adequado, que é o que provem da mãe para o/a filho/a, (espécie/espécimen). O leite da mãe é sempre o mais adequado para a sua cria, (alimento exclusivo nos primeiros seis meses e vida e depois complementado por outros alimentos). Aleitar com o leite materno/amamentar promove a sustentabilidade, na medida em que alimentar os/as recém-nascidos/as com fórmulas adaptadas, requer a utilização de vários recursos e matérias-primas para a sua produção e utilização. Como é o caso da necessidade de utilizar biberões, esterilizadores, tetinas, conservadores, entre outros, que são feitos de materiais (plástico, vidro, silicone e metal), não-biodegradáveis, comportando diversos riscos para o ambiente. Os efeitos negativos que derivam são inúmeros, nos quais podemos designar, a sua produção, o gasto com material e os recursos ambientais que cada vez escasseiam mais cedo, tal como, a vida útil desses utensílios que posteriormente se acumulam no meio ambiente com tempos de deterioração prolongados (Azeredo, Gass, Milanez, & Pizzato, 2017). Por outro ponto de vista podemos referir a criação de gado² que implica o aumento da cultivação dos campos para satisfazer as necessidades alimentares dos animais, a utilização de fármacos que são eliminados nas águas e a produção excessiva de metano, estando estes fatores interligados entre si a sobrecarregar o ambiente e a afetar o ecossistema (Tullo, Finzi, & Guarino, 2018). A alimentação dos/das recém-nascidos/as com leite materno é acessível para todas as mães (salvo raras exceções por causas médicas) e não sobrecarrega o orçamento doméstico como é o caso da alimentação artificial/fórmula adaptada. Outra situação mensurável é a da mãe que não amamenta o/a seu/sua filho/a poderá assim, relacionar um sofrimento emocional para o/a futuro/a adulto/a, que o/a poderão levar a condutas antissociais com custos elevados para a pessoa e para a sociedade em que vive (Pina & Volpato, 2009).

² As fórmulas lácteas infantis, são confeccionadas à base de leite de vaca ou, mais recentemente, com leite de cabra. Elas têm cerca de 50 ingredientes na sua composição, o leite materno tem 800 componentes naturais conhecidos., o que faz com que seja personalizado, vivo, que se modifica de acordo com as características e as necessidades de cada criança, tornando-o inigualável.

É igualmente relevante sinalizar o trabalho em rede, por parte dos/das profissionais de saúde, em que se destacam os/as enfermeiros/as, estes intervêm numa relação terapêutica promotora de hábitos de vida saudáveis (entre os demais se inclui a alimentação) quer nos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade, quer nas consultas de saúde materna ou nas consultas de desenvolvimento infantil..., numa relação terapêutica de proximidade prevalece a identificação de situações de risco de pobreza e/ou pobreza atual que se revela muito importante para o diagnóstico e delineamento do seu combate. O conhecimento das realidades das diferentes regiões e comunidades é um primeiro levantamento das situações que, devidamente analisado e maturado, leva ao desenho das medidas interventivas pertinentes e adequadas a implementar quer seja numa família, numa comunidade ou numa sociedade, designadamente com o delineamento de estratégias de desenvolvimento num enquadramento sociopolítico a favor dos mais pobres a favor de um melhor cuidado de saúde e bem-estar da população.

ODS 2. Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável

Os/As recém-nascidos/as, as crianças/adolescentes/jovens, mulheres e respetivas famílias em situação de pobreza têm maior dificuldade no acesso a bens alimentares, aumentando desta maneira o risco de comprometimento da sua saúde e do crescimento e desenvolvimento infantil, podendo levar mesmo a problemas nutricionais e outras complicações (ex.: subnutrição). Uma maior e melhor segurança alimentar promove a qualidade dos alimentos e acesso a uma alimentação saudável, que tem influência no crescimento e desenvolvimento infantil e na saúde da mulher e respetiva família (ex.: certas produções alimentares estão associadas a patologias (entre elas podemos enunciar o cancro) (Cabaço, 2017, pp18).

Quando a alimentação é adequada, equilibrada e nutritiva influencia de forma positiva o leite materno, logo os seus benefícios são extensíveis ao/à recém-nascido/a, às crianças, às mulheres e respetiva família. O aleitamento materno deve ser exclusivo até aos 6 meses e continuado num esquema de alimentação mista nos primeiros dois anos de vida, ou mais anos caso a criança queira. Ele fornece nutrientes de alta qualidade e adequada energia, que pode prevenir a fome, a subnutrição/desnutrição e a obesidade infantil (devida ao excesso de ingestão proteica), pelo que promove a segurança alimentar infantil (Pinto, 2020).

As mulheres e famílias que pratiquem agricultura de subsistência e/ou a agricultura como fonte de rendimento, promovendo a sua produtividade como forma de rendimento e sustentabilidade

estão, concomitantemente, a promover melhor rendimento familiar e a promover uma alimentação de qualidade e excelência, não só para a sua família como para as demais pessoas e famílias a quem se destinam os produtos difundidos. Trata-se de uma produção sustentável que promove, não só a saúde e bem-estar, mas também a estabilidade económico-financeira e consequentemente, familiar de quem produz (Breitenbach, 2022).

Neste âmbito refletiu-se sobre a importância da sensibilização sobre o uso consciente de alguns produtos na agricultura, que substituem os pesticidas, como é o caso do uso de estrume animal, assim como do uso, consciente e responsável, de água de qualidade na agricultura, pois a aplicação de pesticidas/inseticidas promove a viabilidade e quantidade das culturas, mas tem consequências negativas nos ecossistemas e contaminação das águas (e dos produtos quando manuseados fora das indicações do produtor) (Costa, *et al.*, 2019). Esta discussão levou à abordagem da importância da consciencialização das pessoas (em que destacamos as mulheres que confeccionam alimentos para as suas famílias e as grávidas) sobre o tratamento e higienização de produtos agrícolas.

Diligenciar uma distribuição equitativa de alimentos entre os países desenvolvidos e países em desenvolvimento (onde a incidência e prevalência de patologias do foro nutricional é maior) seria uma medida muito importante para o combate da fome e subnutrição que mais afeta as mulheres e crianças.

Uma outra situação que, embora já exista, ainda não é uma realidade constante na nossa sociedade é a existência de bancos de leite humano, que se demarcam como muito importantes não só para a sensibilização e promoção da alimentação do/da recém-nascido/a, mas também para garantir a alimentação de neonatos cuja mãe não o consegue garantir (Pontes, *et al.*, 2017).

ODS 3. Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

O direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa (artigo 64º), sendo realizado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral, criado em 1979, que tem em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos. Trata-se de um sistema tendencialmente gratuito, ao qual é garantido o acesso livre sem qualquer discriminação, designadamente em razão da origem racial, étnica, nacional, sexo e deficiência.

O acesso à saúde de qualidade melhora os níveis de bem-estar físico e mental dos indivíduos, famílias e comunidade e na criança/mulher, especificamente, promove o crescimento/desenvolvimento infantil e uma maior harmonia familiar, pois a existência de um

acesso igual aos cuidados de saúde nas populações mais desfavorecidas, promove a saúde das mesmas (incluindo a assistência nas áreas de: ginecologia; saúde materna e obstétrica; saúde infantil e pediátrica; planeamento familiar), a sua qualidade de vida e redução de fatores de risco em saúde associados às pessoas com menos condições socioeconómicas (Cabaço, 2017, pp22). Logo existe um acesso à saúde de qualidade, de modo a promover a saúde e qualidade de vida na mulher, em todo o seu ciclo vital, na mulher grávida, no/na recém-nascido/a, na criança pequena e na família, promovendo os indicadores de saúde: taxa de mortalidade/morbilidade infantil e de mortalidade/morbilidade materna global, assim como a da mortalidade prematura. Assim, nas áreas demográficas mais desfavorecidas a nível de recursos socioeconómicos, onde habitam mulheres, mulheres grávidas, recém-nascidos/as e respetivas famílias, a promoção da saúde, qualidade da saúde e acesso equitativo promovem o acesso a medicação/tratamentos/vacinas, diminui os de fatores de risco associados a doenças/infeções, minimiza epidemias que decorram, promove comportamentos e estilos de vida saudáveis (ex.: comportamentos sexuais e contraceção), promove a literacia em saúde, promove a consciencialização e sensibilização sobre fenómenos como são a mutilação genital feminina, os casamentos forçados e infantis... e assim diminui as suas práticas nefastas e maus-tratos infringidos às mulheres, raparigas e meninas. Quando estas situações decorrem em países em guerra ou afetados por guerra, em regimes opressivos, a impossibilidade de obter contraceção ou vacinas é um facto, como é exemplo a vacina contra a poliomielite cuja sua erradicação no mundo, embora esteja quase a ser uma realidade, tem sofrido regressão devido à não adesão dos governos quer por questões de guerra quer pela inexistência de políticas de saúde. A promoção da vacinação da mulher, da mulher grávida, da/do recém-nascida/o e de todos os membros da família promove a saúde, logo a vivência de um estilo de vida saudável (Fonseca, 2019), contudo atualmente a sociedade confronta-se com a opinião controversa de alguns pais face à vacinação dos seus/suas filhos/as (Salmon, *et al.*, 2015).

A amamentação promove significativamente a saúde quer da mãe como a do/da filho/a promovendo o desenvolvimento e sobrevivência das crianças, quando em ambientes de escassez alimentar, para além de contribuir para a saúde e bem-estar da mulher que amamenta quer a curto como a longo prazo (Mota, 2017).

ODS 4. Garantir o acesso à educação inclusiva, de qualidade e equitativa, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.

O direito à educação encontra-se consagrado na Constituição da República Portuguesa (artigo 74º), sendo reconhecido como estruturante na garantia da igualdade de oportunidades, da

superação das desigualdades económicas, sociais e culturais, do desenvolvimento da personalidade e do espírito de tolerância, bem como da solidariedade e responsabilidade sociais e da participação democrática na vida coletiva.

Uma sociedade em que as pessoas tenham um bom nível de literacia, uma sociedade educada tem maior probabilidade de as pessoas terem trabalhos com melhores remunerações e ser uma sociedade com melhores níveis socioeconómicos. Uma sociedade com uma população com acesso a cuidados de saúde, com literacia em saúde, em que as pessoas manifestam bem-estar físico, psicológico e emocional, em que haja harmonia familiar e empoderamento das pessoas para a tomada de decisões, por exemplo, a nível da saúde, parece ser uma sociedade utópica, mas é esta a sociedade que se idealiza e por isso a enfermagem enquanto profissão que detém a arte e a ciência aliadas para a prestação de um melhor cuidar muito investe na prevenção, na sensibilização e na educação das pessoas sobre saúde (Cabaço, 2017, pp26).

Melhores níveis de educação de uma forma igual e justa relaciona-se com melhores níveis de saúde mental, sendo que a saúde mental envolve as componentes: física; psicológica e emocional, assim como promove o desenvolvimento e crescimento do/da recém-nascido/a, da criança, do/da adolescente/jovem, da mulher, do homem e da família. Promover a igualdade de acesso à educação em ambos os sexos, da saúde sexual e reprodutiva leva à adoção de comportamentos sexuais seguros e previne a violência.

Promover a literacia em saúde da mulher/ da grávida é um bom caminho para que haja literacia em saúde da família, pois quando a mulher está capacitada, aplica os seus conhecimentos de forma competente junto dos seus familiares replicando deste modo os saberes, as atitudes e os comportamentos que promovem a saúde e bem-estar destes/de todos/as.

Por exemplo, uma mulher que amamente está a contribuir para o ensino das outras mulheres que a observam, para além de o aleitamento materno contribuir significativamente para o desenvolvimento mental e cognitivo, logo, numa outra perspetiva, a promover a capacidade de aprendizagem e educação deste novo ser (Nascimento, *et al.*, 2021). O leite materno contém 160 substâncias, representado por proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e células, sendo um alimento essencial para um desenvolvimento satisfatório do/da recém-nascido/a ou criança pequena, além de criar um vínculo de interação entre mãe e o/a filho/a, proporcionando ganho de peso e melhor desenvolvimento das estruturas orais envolvidas aquando do processo de sucção (da pega) e melhor desenvolvimento cognitivo (Silva *et al.*, 2013, pp12).

ODS 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e raparigas

Este ODS visa assegurar o acesso universal à saúde e direitos sexuais e reprodutivos, assim como erradicar todas as formas de discriminação, designadamente no que diz respeito a: violência; tráfico; exploração; desmitificação da menstruação (nos países que têm uma visão culturalmente punitiva e negativa das mulheres quando menstruadas), práticas nocivas, como a mutilação genital feminina e os casamentos precoces e infantis..., e promover a responsabilidade partilhada na família assim como o reconhecimento do trabalho doméstico ou de assistência a outras pessoas realizado pelas mulheres. Promover a igualdade entre homens e mulheres garantindo salários equitativos (se pensarmos que existem famílias mononucleares, compostas maioritariamente pela mãe e criança(s), melhores rendimentos equivalem a empoderamento e sustentabilidade destas famílias), acesso à saúde equitativo entre géneros efetivando a promoção da saúde e da qualidade de vida das mulheres, assim como a participação plena e efetiva das mesmas (com igualdade de oportunidades) na vida política, económica e social (Cabaço, 2017, pp31).

No que se refere à amamentação consideramos que é um direito único das mulheres, logo elas devem ser apoiadas pela sociedade para efetivamente poderem amamentar de forma otimizada os/as seus/suas filhos/as. A experiência de alimentar o/a filho/a pode ser gratificante e estimulante para a mulher não só por a mãe poder controlar a alimentação que promove ao seu filho/a mas, concomitantemente porque lhe está a proporcionar a melhor nutrição tendo em conta as suas necessidades enquanto neonato ou criança pequena. A motivação das mães face à amamentação depende da qualidade de informação que recebem por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente pelos/as enfermeiros/as durante as consultas de vigilância de gravidez e nas consultas de vigilância de saúde infantil, pois esta influencia a sua capacitação que se reflete na prevalência de nutrir o/a seu/sua filho/a com o seu leite e conhecimento de causa/efeito quanto aos benefícios do aleitamento materno não só para a criança como também como contributo para o desenvolvimento sustentável (Vicente, 2018; Sousa, Albuquerque & Costa, 2017).

ODS 6. Garantir a disponibilidade e a gestão sustentável de água potável e do saneamento para todos.

Assegurar o uso sustentável da água, da sua excelente qualidade e da acessibilidade pelas pessoas tendo em conta o sistema holístico do ciclo entre os recursos hídricos e o necessário abastecimento assim como o saneamento das águas residuais é o foco do ODS 6. Ao referido

acrescenta-se o desenvolvimento sustentável das negociações de cooperação entre os países (águas transfronteiriças) e a condução das situações de inundação versus as situações de seca e outros fenómenos decorrentes das tão ‘imprevisíveis’ alterações climáticas que contemporaneamente se vivenciam (Cabaço, 2017, pp35).

O acesso a água potável e saneamento é universalmente muito relevante e vital para a existência de vida no globo terrestre. Logo, é inclusive necessária na mulher/mulher grávida, criança e respetivos elementos da família, enquanto seres humanos constituídos por uma percentagem elevada de água (60% no homem adulto, a mulher adulta cerca de 55% e os neonatos cerca de 70%). Sabe-se que a qualidade de uma dieta é menos bem-sucedida entre as pessoas que ingerem menos água. Estudando os fatores que interferem no consumo de água, como fatores sociodemográficos e de estilo de vida é uma boa metodologia para identificar como intervir numa população estudada com o objetivo de melhorar o seu consumo de água e a qualidade da dieta e consequentemente através das conclusões pode-se auferir qual o melhor planeamento de intervenção a implementar na população estudada, em termos de política de saúde pública sustentável (Lucchesi, *et al.*, 2021).

A água é um bem necessário para a ingestão, mas também para a higiene logo para o autocuidado, promoção da saúde e minimização de doenças/infeções. Problemas de saúde associados à desidratação e à má qualidade da água, nomeadamente em recém-nascidos/as e crianças (seres com maior facilidade de desidratação), como gastroenterites, infeções/doenças e problemas no crescimento/desenvolvimento, sendo os mais vulneráveis as crianças e os/as idosos/as. Deficiente ingestão hídrica é muitas vezes relacionada com alterações fisiológicas e metabólicas, nomeadamente ao nível da pele, cabelo e unhas. A população idosa reflete-se nas pessoas que estão mais propensas “a acumular comorbidades e consequentemente utilizarem polifarmácia e o uso contínuo de certos medicamentos aumenta a perda de líquidos por diurese excessiva, podendo levar a iatrogenia por uso de muitos medicamentos e a consequência imediata deste quadro é a alta prevalência de desidratação nesse grupo de pessoas. Isso faz surgir a necessidade de elaborar estratégias para reduzir a polifarmácia nessa população” (Pazini, *et al.*, 2020, pp10). Já nas crianças verificam-se infeções, como a diarreia (muitas vezes associada a hipertermia) que é uma das principais causas de atendimento nos serviços de urgência pediátrica (que engloba as crianças e adolescentes), pois os pais sabem que a diarreia leva a desidratação e que uma criança desidrata em poucas horas, pelo que a hidratação associada às melhorias nas condições sanitárias e de higiene revelam-se preponderantes na

meta de reduzir a incidência de diarreia e, também, de evitar o seu prolongamento. (Andrade & Fagundes-Neto, 2011).

A poluição das águas influencia a sua qualidade o que implica um controle analítico da mesma visando identificar a sua salubridade e condições de qualidade para todos os que a consomem. Muitas podem ser as causas da qualidade da água, mas quando se está perante a escassez ou ausência de água, nas várias regiões, por seca por exemplo, está sempre colocada em causa as alterações da qualidade da água que podem trazer consequências para a saúde das pessoas (gastroenterites, doenças renais, entre outras). Em locais onde a água não seja potável (ex.: as zonas rurais), a intervenção dos profissionais de saúde como é o caso do/a enfermeiro/a deve ter uma intervenção de ensino da população sobre como deve ser o tratamento da água antes de ser consumida, como por exemplo uma das medidas pode passar pela fervura da água entre 10-15 minutos, pois a fervura da água é um exemplo de desinfecção física que consiste em um procedimento que elimina bactérias, vírus e parasitas que podem estar presentes na água. Os municípios fazem teste de sensibilidade antimicrobiano pois a existência de bactérias (ex.: para a deteção da bactéria *Escherichia Coli*) leva à ocorrência de infeções. A intervenção municipal pretende evitar a multirresistência bacteriana promovendo desta forma a proteção da saúde da população. Tratar a água removendo os organismos patogênicos multirresistentes e torná-la em água potável é mais oneroso e envolve maiores riscos (Colet *et al.*, 2021).

Existem questões de infertilidade associadas à falta de água, à sua substituição por outros líquidos (ex.: refrigerantes) (Leites, 2021, pp10), trabalhos sedentários, permanência em ambientes quentes, entre outros (mais relacionados com o sobreaquecimento dos testículos no homem). A literacia em saúde deve incidir na promoção da ingestão hídrica nas diversas áreas da saúde, como: a saúde materna; a saúde infantojuvenil, o planeamento familiar e a saúde escolar, sendo estas algumas das áreas sobre o qual o/enfermeiro/a deve incidir nas suas sessões de educação para a saúde, sejam elas dirigidas a uma pessoa ou a um grupo de pessoas. Por exemplo, se o foco de atenção for a grávida, esta deve estar consciente de que a baixa ingestão hídrica tem consequências negativas no feto e consequentemente na produção de leite para a amamentação (contudo o ensino efetuado deve capacitar para os efeitos da elevada ingestão hídrica que após o parto promove o ingurgitamento das mamas, aquando da denominada ‘subida do leite’ em que vai acontecer uma adaptação da mama à produção de leite, vindo a produzir apenas a quantidade que o/a recém-nascido/a necessita, indiferentemente da quantidade de água que a mãe ingira). No que concerne à nutrição natural do/da recém-nascido/a e criança pequena importa mencionar que a oferta de leite materno deve ser efetuada

de forma livre, sem um horário estabelecido e que o mesmo proporciona a ingestão da quantidade de água que a criança necessita, mesmo que a temperatura ambiente seja elevada ao invés da nutrição artificial que necessita de ser elaborada com água potável e de um higiénico manuseamento e garantias de qualidade na sua conservação.

ODS 7. Garantir o acesso a fontes de energia fiáveis, sustentáveis e modernas para todos

Este objetivo reporta-se às fontes energéticas económicas com baixo recurso ao carbono, promotoras da produção de energia mais limpa e mais competitiva, de eficiência energética com foco na expansão da mobilidade elétrica. Pois as energias de qualidade e sustentáveis contribuem para a satisfação das necessidades básicas de todos e todas e contribuem para melhores níveis de bem-estar físico/mental, onde as mulheres e suas famílias se incluem desde que haja igualdade de acesso às energias mais sustentáveis, que contribuem para o combate às alterações climáticas e poluição (Cabaço, 2017, pp38).

Existem diferenças nas acessibilidades entre famílias e regiões às energias fiáveis, sustentáveis e modernas, o que contribui para as desigualdades de acesso a bens e serviços e na satisfação das necessidades básicas com a melhor qualidade possível. Algumas regiões têm poucas condições de aquecimento ou arrefecimento das habitações, o que leva a uma maior necessidade do uso de energias fiáveis e de qualidade sendo uma fatia pesada no orçamento familiar. Por esta razão, devem ser promovidos preços acessíveis na utilização destas energias, de modo a não existirem desigualdades ao seu acesso e não sobrecarregar financeiramente as famílias, nomeadamente famílias mononucleares (mãe/filho/s), assim como promover o bem-estar e qualidade no lar.

Na vertente da abordagem dos/das enfermeiros/as sobre aleitamento materno devem evidenciar que a amamentação implica menos consumo de energia quando comparada com a energia consumida no fabrico da fórmula adaptada. Neste contexto amamentar é um procedimento que contribui para a redução de consumo de água e de combustível para o aquecimento do leite materno que está sempre à temperatura ideal para a criança (Toma, & Rea, 2008).

Dentro do contexto da literacia em saúde os/as enfermeiros/as também devem encaminhar os seus ensinamentos sobre acidentes associadas à utilização de fontes de energia, nomeadamente dirigida a grupos vulneráveis como são exemplo as crianças e os/as idosos/as com patologia (ex.: Alzheimer, doença mental, dificuldade na locomoção...) (Caetano, *et al.*, 2017).

ODS 8. Promover o crescimento económico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho digno para todos.

Este objetivo dirige-se à promoção de políticas que apoiem o emprego, o empreendedorismo, a criatividade e inovação, que sejam de incentivo a atividades que sejam produtivas e que promovam novos postos de trabalho visando o emprego dos jovens, promovendo simultaneamente a sua educação/formação profissional para os cargos em expansão numa perspetiva de proteção ao direito das pessoas terem trabalho e concomitantemente à promoção de trabalhos seguros e protegidos que sejam inclusivos dos/das imigrantes, combatendo os trabalhos precários, diligenciando o crescimento económico (Cabaço, 2017, pp42).

Neste contexto prevê que haja uma consciencialização sobre os trabalhos precários e infantis e de todas as formas abusivas, de modo a erradicá-las. Os empregos seguros e estáveis estão seguramente associados a melhores níveis de saúde mental, englobando também outras áreas da saúde como a saúde sexual e reprodutiva onde se inclui o planeamento familiar e a saúde materna e obstétrica, a saúde infantil e pediátrica... havendo a garantia de apoios económicos a pessoas em situação de vulnerabilidade, como a doença, a gravidez, o ser criança logo dependente de outras pessoas, o ser idoso/a e a todos os referidos se associarmos o fator pobreza teremos o palco do caos implementado. O apoio às médias e pequenas empresas, que são a base do sustento da maioria das famílias de um país, sejam elas mononucleares ou não implica reciprocamente na existência de melhores níveis económicos do país que se associa intrinsecamente a um melhor bem-estar da população nos seus mais diversos níveis, designadamente: social, económico, psicológico e emocional. Assim, as oportunidades de emprego devem ser equitativas no âmbito da inclusão social, designadamente contemplando minorias, como é o caso dos/as ex-reclusos/as, das pessoas com doença mental, das pessoas com deficiência física, entre outros.

As mulheres/o casal durante as consultas de enfermagem de saúde materna e/ou nos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade devem ser informados sobre os direitos à maternidade, nomeadamente durante o processo de amamentação, ao serem dotadas/os de conhecimentos podem junto das suas entidades empregadoras requerê-los e usufruir dos mesmos.

As mulheres que amamentam e que são apoiadas pelos seus superiores, pelas suas chefias, são mais produtivas nos seus empregos e revelam maior lealdade à profissão e entidade empregadora. Na presença de proteção à maternidade assim como outras políticas favoráveis

no contexto laboral tornam mais possível à mulher conciliar a amamentação com a sua profissão/emprego. As entidades empregadoras devem dar oportunidades dignas de resposta às necessidades das mulheres que amamentam, percebendo a importância de terem disponibilidade para ir às consultas para elas ou para a/s criança/s, terem acesso a horário de amamentação..., percebendo todos os benefícios do ato de amamentar não só para a mulher, para a criança, para a família, mas também para a própria empresa. Empregos estáveis e sustentáveis promovem as taxas de natalidade e têm em conta que o papel da mulher no mercado de trabalho está cada vez mais marcado.

ODS 9. Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação.

O ODS 9 visa a promoção da indústria sustentável e resiliente que promova o desenvolvimento económico e o bem-estar das pessoas, contribuindo com estas medidas para o emprego e para o aumento do produto interno bruto - PIB do país. Nesta perspetiva visa a possibilidade do apoio financeiro para as pequenas indústrias, para que possam modernizar as suas infraestruturas, com suporte da investigação científica, serem inovadoras, com mais capacidades tecnológicas, mais eficientes e ecológicas (Cabaço, 2017, pp47).

A inovação decorrente da investigação proficiente e holística diligencia o bem-estar das pessoas, adequa a satisfação das suas necessidades contemporâneas. Na área da saúde, promove melhores cuidados de saúde, baseados em evidência científica, logo mais opções de prestar cuidado, de intervenção em tratamentos ajustados ao problema da pessoa. Desta forma, projetam-se resultados de excelência e qualidade ao nível da literacia em saúde, que reverterá em pessoas, em famílias, em comunidades/sociedades, em um país saudável. Com a industrialização e urbanização, os desafios entre o tempo e o espaço evidenciam-se. As mulheres que amamentam e trabalham fora de suas casas precisam de gerir estes desafios e serem apoiadas pela sua entidade empregadora, que esta cumpra com os seus deveres legislados, pela sua família e pela comunidade em que está inserida. Desta forma importa a existência de creches oficiais (que são de mensalidade mais ajustada) situadas próximas dos locais de trabalho, com salas de apoio à amamentação e que os intervalos estabelecidos legalmente para amamentar sejam cumpridos, pois estas medidas podem fazer uma grande diferença no bem-estar e na saúde quer da criança, quer da mãe e família.

A enfermagem enquanto profissão desempenha um papel fundamental na manutenção e proteção da saúde global. Com uma força mundial de trabalho superior a 28 milhões de

profissionais, a enfermagem representa de longe o maior grupo de profissionais de saúde (World Health Organization, 2020). Tendo presente esta premissa e ponderando a importância da intervenção do/da enfermeiro/a junto das crianças quer nas creches como nos jardins-de-infância e nas escolas (no âmbito da saúde escolar), evidencia-se a importância do seu papel no desenvolvimento de um trabalho de equipa entre os diferentes intervenientes, como as crianças, o/a educador/a ou professor/a, as famílias e os outros técnicos de saúde (ex.: médico, psicólogo, nutricionista...) ou assistentes operacionais, em articulação com as estruturas de saúde, a escola e as famílias. O seu papel na saúde escolar denota-se como prioritário para a literacia em saúde e traduz-se em segurança para todos/as, principalmente para os pais que apelam pelo bem-estar dos seus filhos/as que lhes permite estar descansados e reduzirem os períodos de ausência ao trabalho para cuidarem dos filhos/filhas (Galvão, 2018, pp392).

ODS 10. Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países.

Combater todas as formas de discriminação é o foco principal do ODS 10, pois visa a construção de uma sociedade com crescimento de rendimento sustentável dirigida aos mais pobres no sentido de diminuir a percentagem (40%) da fadiga dos mais pobres do país, promovendo uma maior inclusão social, laboral, económica e política de todos, independentemente da idade, género, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição económica ou outra, garantindo uma igualdade de oportunidades reduzindo as desigualdades. Objetiva também a facilitação da migração (que é um tema atual e que traz consigo novos desafios a nível global, e consequentemente, ao nível da saúde) e mobilidade planeada (em busca de trabalhos com melhores remunerações/melhores condições de vida, que afeta as dinâmicas familiares e a vinculação do elemento que emigra com o/os filho/os) assim como a promoção da representação dos países em desenvolvimento nas tomadas de decisão a todos os níveis (Cabaço, 2017, pp52).

No âmbito das deslocações dentro dos países (que acontecem pela existência de desigualdades no interior dos países por dificuldade ao acesso a emprego, à educação, à saúde, a outros serviços públicos e bens, assim como à igualdade de género), que normalmente ocorre das zonas rurais para zonas industrializadas, geralmente situadas nos litorais, em busca de melhores condições laborais e de vida, leva à problemática da desertificação das zonas rurais, ao consequente isolamento de quem lá fica que são os/as idosos/as, impõe situações que ressaltamos as de saúde mental como elevados números de depressões e consequentemente subnutrição e até mesmo suicídio. As trajetórias de migração estão também associadas a condições de trabalho precárias e a situações de violência no trabalho (Andrade, *et al.*, 2022).

O mesmo autor refere em relação às mulheres que imigram que as suas condições de vida como a pobreza, o desemprego, a informalidade e a vulnerabilidade são fatores fundamentais que se evidenciam no trabalho e na saúde.

Quando existe igualdade a nível económico, social, de recursos, de serviços e bens, existe igualmente a promoção do bem-estar da população envolvida e o nível de qualidade da saúde da mesma também se eleva. As desigualdades e os diferentes níveis de consumismo em países desenvolvidos e países em desenvolvimento, têm grande impacto na saúde das pessoas (Dedecca, 2012), na sua saúde mental e consequentemente noutras áreas, em que destacamos a saúde sexual e reprodutiva, saúde obstétrica, ginecológica, planeamento familiar e saúde infantojuvenil em que destacamos a amamentação como prática que difere de país para país, devido às suas diferentes culturas e tradições (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020).

No que concerne a implicação do ODS 10 e o aleitamento materno consideramos que deve ser promovido e apoiado entre todos, mas essencialmente junto dos mais pobres, junto dos grupos vulneráveis (em que se destaca as mulheres e as crianças), pois só com esta postura se ajudará a reduzir as desigualdades no acesso dos/das recém-nascidos/as e crianças pequenas ao leite materno, ao alimento mais adequado à sua nutrição.

ODS 11. Tornar as cidades e comunidades inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis.

Objetivo que pretende garantir o acesso à habitação para todas as pessoas, serviços de transporte e serviços básicos seguros, acessíveis e sustentáveis, reforçando a sustentabilidade das cidades encorajando para a resiliência urbana e visando as cidades inteligentes (Cabaço, 2017, pp57). Visa o bem-estar de todos, pelo que consideramos a Inclusão social como um aspeto que também promove a saúde mental, sendo que nas famílias excluídas socialmente vivem também mulheres, grávidas e crianças. Pois uma cidade segura promove a saúde mental da população residente e cria políticas específicas sobre a igualdade, a sustentabilidade e a segurança, assim como o ensino no âmbito da cidadania visando a saúde e bem-estar de todos os cidadãos e cidadãs.

O investimento na promoção da investigação em temas como o da área da igualdade, sustentabilidade e segurança, que vise conhecer a realidade social, política e económica e a identificação das melhores medidas para intervir nestas áreas. Neste contexto existe o fenómeno da violência, em que a violência doméstica (a que se associam outros tipos de violência como a violência sexual, a violência no namoro, a violência física e psicológica...)

é um problema atual e comum, que afeta a vida, a saúde e a produtividade das vítimas (principalmente mulheres, crianças e idosos/as).

Considera-se que a promoção da literacia em saúde, nas consultas de enfermagem, às pessoas, famílias e comunidades, sobre as várias formas de violência, desigualdades, inclusão social, sustentabilidade e segurança é a chave mestra para a informação e capacitação das pessoas para saberem agir e reagir a situações de violência (Loureiro, *et al.*, 2013). Atentamos que a introdução de temáticas sobre saúde, prevenção de doenças e violência nas disciplinas ou a criação de outra disciplina relacionada com a saúde no ensino público, promoveria a literacia em saúde e igualdade de género desde os mais jovens.

Na azáfama da vivência das pessoas nas cidades, as mulheres que alimentam os/as seus/suas filhos/as, amamentando-os/as, necessitam de se sentirem seguras e bem-vindas em locais públicos.

Em situações de desastre e crises humanitárias como é o caso das guerras, as mulheres e as crianças são as mais afetadas, quer pela fome como por serem alvos fáceis ao estupro, sendo o estupro uma estratégia de guerra em conflitos armados (se as mulheres estão grávidas ou se são mulheres que amamentam necessitam de apoio especial nestas situações) (Oliveira & Júnior, 2019).

ODS 12. Garantir padrões de consumo e de produção sustentáveis.

O desenvolvimento da economia, da economia colaborativa, desmaterializada, de consumo sustentável que concebe produtos que valorizam a procura e os recursos existentes que respeita a natureza e a ecologia e que dá resposta às necessidades globais das pessoas e do mundo (Cabaço, 2017, pp62).

Tendo em conta o consumo de bens por parte das mulheres, das grávidas, das crianças e das famílias no consumo de roupas, de alimentação, de utensílios para as crianças como biberões (contrariamente a amamentação é uma fonte natural de nutrição e sustento, saudável, viável, sustentável, sem poluir e sem degradar o meio ambiente), brinquedos, fraldas, da necessidade de creches/ infantários... sempre numa perspetiva do contemporâneo em que as necessidades mudam ao longo dos tempos nas sociedades que, por sua vez, se pronunciam cada vez mais com exigências de consumo. Podemos acrescentar as tecnologias e o seu cada vez maior consumo e produção menos sustentável, assim como a fácil acessibilidade a conteúdos menos adequados às crianças, aos jovens, que claramente afetam o seu crescimento e desenvolvimento tornando-os em adultos malformados com défices cognitivos e de conduta (Loureiro, *et al.*,

2013). Desta maneira verifica-se paralelamente uma formação pelo materialismo que apela a um maior consumismo, que traz consigo maiores custos financeiros, económicos e sociais e com consequências na saúde, notoriamente na saúde física e/ou mental (Santos & Fernandes, 2011).

ODS 13. Adotar medidas urgentes para combater as alterações climáticas e os seus impactos.

Este é um objetivo que apela a uma mudança de paradigma, que invoca a resiliência e a capacidade de adaptação quer às alterações climáticas quer às catástrofes naturais, através da consciencialização das pessoas a formarem uma sociedade e economia competitiva, mas resiliente e de baixo consumo de carbono (Cabaço, 2017, pp65).

Assim sendo, deve-se recorrer à utilização de material biodegradável e mais sustentável para o ambiente (ex.: produtos de bambu, madeira...), a preços mais acessíveis, dar resposta às campanhas de sensibilização para a correta separação do lixo doméstico e industrial, procedendo à reciclagem de bens e produtos sempre que seja possível, reutilizando-os, responder positivamente ao consumo de água de forma sustentável sem o seu desperdício. O papel dos/das enfermeiros/as de saúde pública que atuam junto das pessoas e famílias inseridas na sua comunidade, através da visita domiciliária, deve ser de uma intervenção estratégica tendo em conta o tipo de pessoa/s e família foco da sua intervenção (Dias, *et al.*, 2018).

Promover o uso de transportes públicos, optar pela bicicleta e trotinete ou andar a pé, de modo a minimizar o consumo de combustíveis e emissão de gases que contribuem para a poluição global. A utilização de protetores solares aos raios UVB+UVA na pele (não aerossóis, por causa do uso de gás como meio de dispersão da suspensão) com proteção adequada ao tipo de pele/idade da pessoa. Neste contexto cremos na importância do papel dos/das enfermeiros/as na sua intervenção ao nível da saúde escolar na abordagem sensibilizadora e formativa sobre os benefícios do seu uso, pois a realização de sessões de educação para a saúde são uma estratégia eficaz de literacia, em que as temáticas abordadas podem ser variadíssimas, que podem capacitar a atenção dos jovens tornando-os mensageiros ativos da informação aos seus pares e aos elementos da sua família (ex.: temáticas sobre saúde sexual e reprodutiva, sobre planeamento familiar, sobre o combate às alterações climáticas e como proceder para a redução dos seus impactos, sobre como usar os contraceptivos, como descartar no lixo correto os preservativos após a sua utilização, similarmente como proceder com os absorventes higiénicos (pensos higiénicos das mulheres, tampões, fraldas das crianças, dos idosos/as...), cotonetes,

escovas de dentes, biberões descartáveis (neste contexto enaltecer a sensibilização para a amamentação que é um processo natural logo sem impactos nocivos na saúde da criança nem no ambiente)... (Chierito-Arruda, *et al.*, 2018).

ODS 14. Conservar e usar de forma sustentável os oceanos, mares e os recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.

A redução da poluição e dos lixos marinhos e cuidar dos oceanos, mares e recursos marinhos existentes no globo terrestre é o foco central do ODS 14 pelo que importa abordá-los na perspectiva da sua sustentabilidade a nível do impacto nocivo que a pesca pode provocar sobre as diversas espécies existentes na biodiversidade marinha, sem descuidar a promoção de uma gestão sustentável dos ecossistemas marinhos e costeiros, protegendo-os através de um ordenamento do espaço marítimo e a criação de áreas marinhas protegidas, assim como aumentar o conhecimento científico através do desenvolvimento de capacidades de investigação e de determinação da evidência científica (Cabaço, 2017, pp68).

É de denotar a utilização da água do mar em uso rural e doméstico, que pode ser a solução para as graves secas que muitos países costeiros atravessam. O uso da água salgada, dessalinizada, pode ser a solução para a escassez da água, elemento vital para a nossa subsistência. Este tratamento correto e sustentável da água salgada pode ser realizado de modo a produzir recursos, matérias-primas do qual é exemplo a extração de sal, para além de neste processo criarem-se alguns postos de trabalho (Gaio, 2016).

A consciencialização para o consumo de alimentos que contribuem para a sustentabilidade dos oceanos e mares, para uma pesca segura e sustentável, tal como o consumo consciente dos produtos provenientes do mar, dos oceanos, nomeadamente de peixes, mariscos... é importante para evitar a sua degradação. Esta tomada de consciência deve ser extensiva à importante existência dos pequenos negócios de peixe dos pescadores locais, de modo a promover o seu trabalho, os seus rendimentos, com sustentabilidade e qualidade de vida, tendo em conta que têm conhecimentos passados entre as gerações que respeitam e cuidam o seu palco profissional. Isto porque o descuido, que vivenciámos durante muitos anos, da não separação dos lixos (principalmente os plásticos) e de os lançar ao mar foi completamente descontextualizado e gerador do fenómeno que atualmente presenciamos da contaminação dos mares e oceanos colocando em perigo emergente a qualidade das águas, das espécies marinhas e consequentemente a nossa própria qualidade de vida (Jacomis & Costa, 2021; Fagundes & Missio, 2018).

Pensando na alimentação dos/das recém-nascidos/as e crianças pequenas com fórmula adaptada, descurando o leite materno quando é a opção natural indicada, é uma opção que prejudica o ecossistema, designadamente as águas marinhas com a contribuição de lixos poluentes (ex.: utensílios de plástico componentes de biberões, chuchas...) (Bezerra & Lared, 2019).

ODS 15. Proteger, restaurar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, travar e reverter a degradação dos solos e travar a perda de biodiversidade.

A valorização do território promovendo a sua biodiversidade, projetar estratégias de classificação de áreas que reforcem as políticas de conservação da natureza, combater a desertificação das florestas com a cultura diversificada de espécies que conservem o solo e controlem o uso eficiente da água, proteger os animais visando o fim da caça ilegal e o tráfico de espécies quer da flora como da fauna são os focos estratégicos que emergem do ODS 15 (Cabaço, 2017, pp72).

Colaborar realizando a correta separação do lixo é a obrigação das pessoas. Exemplo disso é a correta colocação de produtos como fraldas (absorventes de adultos ou de crianças), cotonetes, pensos higiénicos, tampões... no lixo comum (talvez não sendo o mais adequado, contudo é o que se dispõe) não existe ainda uma solução para este tipo de utensílios, pois têm muitos componentes de plástico que uma vez em ambiente marinho se desfaz em microplásticos que facilmente são ingeridos pelos peixes e entram na cadeia alimentar das pessoas. Exemplo disto são os estiletos dos cotonetes que muitas vezes encontramos na borda de água nas praias. A solução passa pela promoção do uso de produtos biodegradáveis, ou reciclados, que sejam menos prejudiciais para o ambiente assim como tornar os seus preços mais acessíveis (Montagner, et al., 2021).

A consciencialização sobre o uso de plástico, a sua difícil e demorada degradação e os consequentes impactos negativos no ambiente, nos ecossistemas terrestres e marinhos deverá ser a solução para promover a diminuição da sua utilização e a sua colocação no lixo correto. Alternativas ao uso de plástico por vidro, madeira, bambu, papel e até mesmo a sua racionalização, preferindo embalagens maiores ao invés de comprar embalagens mais pequenas, optar pela compra de recargas do produto... são posturas mais sustentáveis que diminuem a utilização do plástico (Gemer, 2021).

Outra área é a sensibilização sobre a aquisição de peças de vestuário de forma consciente e promover a sua reutilização ou reciclagem, adaptando o seu uso por outra pessoa ou reformular o seu objetivo de utilização (Mesquita, 2015). O marketing de vestuário suportado pela ‘moda’ que nos assola leva-nos a um consumismo desmesurado de produtos cuja origem é o nylon (que deriva do petróleo, gás natural, ar e água), o plástico (que deriva das resinas do petróleo) ... (Troiani, Sehnem & Carvalho, 2022).

No âmbito da alimentação do/da recém-nascido/a e criança pequena podemos abordar a amamentação que é um procedimento natural, sustentável e ecológico em comparação com a alimentação com fórmula infantil adaptada, nunca igual ao leite materno. A produção de fórmula infantil implica a criação de gado leiteiro, que muitas vezes degrada os recursos naturais que é mais um contributo conhecido para as emissões de carbono e as mudanças climáticas que atualmente vivenciamos (Pina & Volpato, 2009).

ODS 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis.

A erradicação de todas as formas de violência, exploração e tráfico de seres humanos é um bem emergente, pelo que a redução dos fluxos ilegais e o combate a todas as formas de crime organizado é necessário para a promoção do estado de direito que estabelecemos e pretendemos preservar. Assim, deve ser garantido o igual acesso à justiça, reduzir a corrupção e o suborno; desenvolvidas instituições eficazes, responsáveis e transparentes com tomadas de decisão responsável, inclusiva, participativa e representativa e assegurar o acesso à informação e proteger as liberdades fundamentais consagradas na Constituição da República Portuguesa (Cabaço, 2017, pp76).

Neste contexto impera a criação ou adequação contemporânea de leis promotoras da igualdade de género, dos direitos das mulheres e das crianças, da parentalidade, da inclusão social e da segurança, de leis que abranjam os mais vulneráveis, como são as mulheres, as crianças, os jovens e os/as idosos/as que são vítimas de situações de violência: violência doméstica, violência no namoro, violência sexual e nas relações de intimidade, todas as formas de violência física ou psicológica assim como de negligência. É importante também o acesso à justiça e leis mais eficazes que protejam as pessoas como iguais, que os profissionais (de saúde e do social) saibam acolher, orientar e encaminhar as vítimas, trabalhando numa rede formada e integrada de apoio, que tenham formação de apoio à vítima.

A promoção de investigação e a realização de estudos nas regiões, de modo a conhecer a realidade das comunidades, das populações para melhor atuar e adotar medidas que sensibilizem, informem e combatam as problemáticas que comprometam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, sejam elas na vertente da violência, da discriminação, da xenofobia, desigualdades de gênero e maus-tratos.

Promover a saúde escolar, nas crianças e jovens, sensibilizando-os para temáticas como a violência e maus-tratos, violência no namoro, violência sexual, comportamentos seguros e cidadania. Que as equipas de saúde escolar (compostas por médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as, assistentes sociais e professores/as), atuem, pois, têm um papel interventivo importante junto das crianças e jovens, educando-os sobre temas promotores da sua saúde, cidadania e adoção de estilos de vida saudáveis.

A inclusão nos planos de estudos de todos os cursos temáticas de igualdade, para que uma vez consciencializados construam as suas vidas libertas de violência e discriminação, uma geração igualitária e mais saudável.

Que se proporcione o acesso gratuito, acessível a bens e produtos de uso feminino, como pensos higiénicos, tampões, assim como fraldas, cremes, equipamento de mobilidade e conforto quer para as mulheres, crianças, deficientes ou idosos/as.

No que concerne à amamentação, esta é consagrada nas estruturas e convenções dos direitos humanos e é importante estas diretivas serem extensíveis às legislações e políticas para proteger e apoiar as mulheres que amamentam e os/as recém-nascidos/as garantindo que os seus direitos sejam respeitados.

ODS 17. Reforçar os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

A implementação de melhorias na cooperação regional e internacional, aumentando a coerência entre as políticas que visam o desenvolvimento sustentável mobilizado pelos recursos financeiros, capacitando e partilhando o que de boas práticas se efetua, promover o aumento de assistência internacional na implementação de regimes de promoção de investimentos (Cabaço, 2017, pp81).

A criação e implementação de leis e ações que visem a promoção do desenvolvimento sustentável, nas diversas temáticas (ex.: diferentes tipos de violência, desigualdade de gênero, exclusão social, proteção social), promovendo o conhecimento dos indivíduos, famílias e comunidades sobre as leis, a sua aplicabilidade e os seus direitos, nessas temáticas, numa

perspetiva de aplicação legal de acesso equitativo aos direitos dos indivíduos, famílias e comunidades.

Adequar as intervenções na promoção da saúde, da literacia em saúde, às diferentes regiões e comunidades, sendo importante conhecer as suas realidades individualmente e atuar de modo específico e adequado às mesmas. Trabalhando com a comunidade no combate às problemáticas que vivenciam, utilizando os meios considerados mais adequados à situação (rádio, televisão, jornais... podendo ser os locais) em vários ambientes (escolar, instituições de saúde, bairros específicos, centros culturais...). É relevante a formação de profissionais de saúde e profissionais do ensino para a promoção da saúde, adoção de estilos de vida saudáveis, segurança, sustentabilidade e cidadania, na vertente comunitária e adequada à realidade da mesma, assim como trabalharem em equipa numa estrutura de rede informada (Maffissoni, et al., 2018).

As orientações estratégicas oficiais para a alimentação dos lactentes e crianças pequenas promovem a colaboração multissetorial, pois o desenvolvimento de parcerias promove e apoia o desenvolvimento de programas e iniciativas em prol do aleitamento materno (Lourenço, 2018; Vicente, 2018).

Conclusão

Neste artigo foram analisados os dezassete (17) ODS à luz da saúde das mulheres, das crianças, das famílias e numa perspetiva em que a promoção do aleitamento materno é uma prática natural e que em todos os aspetos vai ao encontro do que está preconizado nos mesmos. Os profissionais de enfermagem revêm a sua conduta profissional na promoção de estilos de vida saudáveis e na adoção de comportamentos salutogénicos que contrariem o consumo, de forma desajustada e irresponsável, dos recursos existentes. Para tal é necessário a adoção de uma cultura responsável no que se refere à utilização dos meios disponíveis e para o qual é indispensável que sejam delineadas estratégias concertadas para a educação e formação das populações. O que apenas será possível numa aposta na literacia das pessoas, da sociedade e das empresas.

Consome-se mais do que se produz, cria-se muito lixo, fomos formatados para o consumismo. Com a escassez que se vislumbra fruto das alterações climáticas, nos fenómenos naturais e das guerras, é urgente repensar como transformar as empresas e a indústria em fontes produtivas de emprego e de rendimento tendo em consideração a sustentabilidade do ecossistema.

Bibliografia

- Andrade, C. B.; Santos, D. L.; Bitencourt, S. M. & Vedovato, T. G. (2022). Migrações, trabalho de cuidado e saúde de cuidadoras: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 47(e10):1-15. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/07020pt2022v47e10>
- Andrade, J.A.B. & Fagundes-Neto, U. (2011). Diarreia persistente: ainda um importante desafio para o pediatra. Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria* 87(3). <https://doi.org/10.2223/JPED.2087>
- Azeredo, C. M., Maia, T. M., Rosa, T., Silva, F., Cecon, P., & Cotta, R. (2008). *Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno*. <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a05v26n4.pdf>
- Bezerra, D. P. & Lared, V. G. (2019). Diferentes atores sociais e a relação com o lixo marinho no município de cananeia, SP. São Paulo: *Revista Ambiente e Sociedade*, vol.22. <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc0132r2vu19L4TD>
- Breitenbach, R. (2018). Participação econômica das atividades de subsistência na agricultura familiar. *Redes - Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul*, 23(1)jan-abr. https://www.researchgate.net/publication/324099901_Participacao_economica_das_atividades_de_sub_sistencia_na_agricultura_familiar
- Caetano, L. A. O.; Silva, F. S. & Silveira, C. A. B. (2017). Alzheimer, sintomas e grupos: uma revisão integrativa. *VÍNCULO - Revista do NESME* 14(2)84-93. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000200010&lng=pt&tling=pt
- Camacho, D. H. (2016). Gênero e Saúde no Desenvolvimento: O contributo das ONGD no cumprimento das metas ODM/ODS no caso de género e saúde. Dissertação de Mestrado em Estudos de Desenvolvimento do ISCTE – Instituto Universitário. <http://hdl.handle.net/10071/12990>
- Chierrito-Arruda, E.; Rosa, A. L. M.; Paccola, E. A. S.; Macuch, R. S. & Grossi-Milani, R. (2018). Comportamento pró-ambiental e Reciclagem: Revisão de Literatura e Apontamentos para as políticas Públicas. São Paulo: *Revista Ambiente & Sociedade* 21: 1-18. <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc0209r3vu18L4AO>
- Colet, C.; Pieper, M., Kaufmann, J. V.; Schwqmbach, K. & Pletsch, M. (2021). Qualidade microbiológica e perfil de sensibilidade a antimicrobianos em águas de poços artesianos em município do noroeste do Rio Grande do Sul. *Revista de Engenharia Sanitaria e Ambiental* 26(4). <https://doi.org/10.1590/S1413-415220200078>
- Costa, T. *et al.* (2016). Agricultura Familiar: percepções e atitudes face ao uso de pesticidas. Póster em Livro de Resumos do CNESA – Congresso Nacional das Escolas Superiores Agrárias, Viseu, pp. 67. <http://hdl.handle.net/10400.19/5802>
- Cabaço, L. (coord.) (2017). *Relatório Nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, por ocasião da Apresentação Nacional Voluntária no Fórum Político de Alto Nível das Nações Unidas. Portugal.* Ministério dos Negócios Estrangeiros. <https://www.cig.gov.pt/2017/07/relatorio-nacional-sobre-a-implementacao-da-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel/>
- Colet, C.; Pieper, M.; Kaufmann, J. V.; Schwambach, K. & Pletsch, M. (2021). Qualidade microbiológica e perfil de sensibilidade a antimicrobianos em águas de poços artesianos em um município do noroeste do Rio Grande do Sul. *Revista Engenharia Sanitaria e Ambiental*. 26(4). <https://doi.org/10.1590/S1413-415220200078>
- Dedecca, C. S. (2012). Os países desenvolvidos e a desigualdade económica. *Revista Economia Social*, Vol. 21, 3(46):449-484. <https://doi.org/10.1590/S0104-06182012000300001>
- Dias, G. L.; Camponogara, S.; Costa, V. Z.; Cezar-Vaz, M. R.; Weiller, T. H. & Cardoso, L. S. (2018). Representações sociais sobre saúde e meio ambiente para equipes de Estratégia Saúde da Família. São Paulo: *Revista Saúde e Sociedade* 27(1):163-174. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170658>
- Fagundes, L. M. & Missio, E. (2018). *Poliuição plástica: impacto sobre a vida marinha*. Anais do 10º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Federal do Pampa, em Santana do Livramento, 6 a 8 de novembro de 2018. <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/86361/10466>
- Fonseca, I. B. C. (2019). *Crenças e atitudes parentais em relação à vacinação pediátrica*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia na área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/41608>

- Gaio, S. S. M. (2016). *Produção de água potável por dessalinização: tecnologias, mercado e análise de viabilidade económica*. Dissertação de Mestrado Integrado em Engenharia da Energia e do Ambiente do departamento de Engenharia Geográfica, Geofísica e Energia da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26066/1/ulfc120740_tm_Susana_Gaio.pdf.
- Galvão, D. M. P. G. (2018). O Enfermeiro na Creche/jardim -de-infância: Perspectiva dos professores de uma Escola Superior de Enfermagem. *Revista Enfermería Global* 51:381-393. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.291371>
- Gemer, S. P. M. (2021). Na busca de soluções sustentáveis, cientistas desenvolvem bioplástico com resíduo agroindustrial. *Brazilian Journal of Food Technology*. 27(jan). <https://pressreleases.scielo.org/blog/2021/01/27/na-busca-de-solucoes-sustentaveis-cientistas-desenvolvem-bioplastico-com-residuo-agroindustrial/>
- Jacomis, M. S. & Costa, R. C. (2021). Pesca sustentável: a importância da pesquisa científica. *Revista Aprendendo Ciência* 10(1):14-20. <https://seer.assis.unesp.br/index.php/aprendendociencia/article/download/2187/1873>
- Leites, S. M. C. (2021). Alimentação na preconceção e fertilidade feminina. Tese de Licenciatura do 1º Ciclo em Ciências da Nutrição da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/135978>
- Loureiro, L. M. J.; Barroso, T. M. M. D. A.; Mendes, A. M. O. C.; Rodrigues, M. A.; Oliveira, R. A. A. N. & Oliveira, N. R. N. (2013). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portugueses sobre abuso de álcool. *Revista da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Anna Nery* 17(3): 474-481. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300010>
- Lourenço, M. C. (2018). *Promoção e apoio ao aleitamento materno em contexto de cuidados de saúde primários*. Relatório de Estágio do curso de Mestrado em Enfermagem na vertente de Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23526/4/ESSTFC621.pdf>
- Lucchesi, I; Fisberg, R. M. & Sales, C. H. (2021) A qualidade da dieta está associada com a ingestão de água em residentes de São Paulo, Brasil. *Revista Ciência, Saúde Coletiva* 26(suplemento 2) <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.21052019>
- Maffissoni, A. L.; Vendruscolo, C.; Trindade, L. L. & Zocche, D. A. A. (2018). Redes de atenção à saúde na formação em enfermagem: interpretações a partir da atenção primária à saúde. *Revista Cuidarte* 9(3):2309-2321. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.549>
- Mesquita, P. (2015). *A Sustentabilidade na indústria da Moda*. Dissertação do curso de mestrado em Marketing, 2º ciclo de estudos, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5580/1/4542_8586.pdf
- Montagner, C. C.; Dias, M. A.; Paiva, E. M. & Vidal, C. (2021). Microplásticos: ocorrência ambiental e Desafios Analíticos. *Química Nova*, 44(10):1328-1352. <https://doi.org/10.21577/0100-4042.20170791>
- Mota, H. C. M. (2017). *A importância da amamentação e o que ainda pode ser feito para a promover*. Monografia do 1º Ciclo em Ciências da Nutrição da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/105854>
- Nascimento, G. H. C.; Santos, S. V.; Freitas, F. M. N. O. & Lobo, R. H. (2021). A influência do aleitamento materno para o desenvolvimento da criança. *Research Society and Development* 10(14). ISSN 2525-3409 DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22184>
- Observatório de Igualdade de Género <https://oig.cepal.org/pt/indicadores/indice-feminidade-da-pobreza>
- Oliveira, B.A. & Júnior, J. B. L. (2019). O Estupro como Estratégia de Guerra em Conflitos Armados: A Experiência do Tribunal Penal Internacional para a Antiga Iugoslávia nos casos de Violência de Género. *Brazilian Journal of International Relations, Marília*, 8(1): 97-116. <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/bjir/article/view/8301/5718>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses, (2020). *Crise económica, Pobreza e Desigualdades – Relatório sobre o impacto Socioeconómico e Saúde Mental em Portugal*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/crise_economica_pobreza_e_desigualdades.pdf
- Pina, M., & Volpato, C. (maio de 2009). Riscos da alimentação com leite artificial. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 25: 376-383. <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10635/10371>

- Pazini, S. L.; Júnior, S. M. & Blanch, G. T. (2020). Desidratação em Idosos uma revisão narrativa. Editora da PUC Goiás. *EVS-Estudos Vida e Saúde. Revista vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde* DOI: <https://dx.doi.org/10.18224/evs.v47i1.7413>
- Pinto, S. P. S. (2020). *Influência da ingestão proteica na obesidade infantil*. Revisão Temática, no âmbito da Unidade Curricular Estágio do 1º Ciclo em Ciências da Nutrição da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/128138>
- Pontes, M.B., et al. (2017). Banco de Leite Humano: Desafios e Visibilidade para a Enfermagem. Brasil: *SciELO. Textos e Contextos – Enfermagem* 26(02). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003760015>
- Salmon, D. A., Dudley, M. Z., Glanz, J. M., & Omer, S. B. (2015). Vaccine hesitancy: causes, consequences, and a call to action. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(6), 391-S398. doi: 10.1016/j.amepre.2015.06.009. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26337116/>
- Santos, C. P. & Fernandes, D. V. D. H. (2011). A socialização de consumo e a formação do materialismo entre os adolescentes. São Paulo. *Revista de Administração Mackenzie* 12(1):169-203. <https://doi.org/10.1590/S1678-69712011000100007>
- Silva, J. D.; Oliveira, A. P.; Carlucci, E.; Gouvêa, J. A. G. & Capellari, A. (2013). Benefícios provenientes do aleitamento materno exclusivo. *Revista Uningá Review*, 16(2). <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1473>
- Sousa, E.; Albuquerque, T. G. & Costa, H. S. (2017). *Benefícios do aleitamento materno e o seu contributo para o desenvolvimento sustentável*. Apresentação por póster no XVI Congresso de Nutrição e Alimentação, nos dias 4 e 5 de maio no Centro de Congressos de Lisboa. <https://www.researchgate.net/publication/335619371>
- Toma, T. S. & Rea, M. F. (2008). Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública, Suplemento* 24(2):5235-5246. <https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24suppl2/s235-s246/>
- Troiani, L.; Sehnem, S. & Carvalho, L. (2022). Moda sustentável: uma análise sob a perspectiva do ensino de boas práticas de sustentabilidade e economia circular. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas Area: Applied Social Sciences. *Cadernos EBAPE.BR*, 20(1):62-76. <https://www.scielo.br/j/cebape/a/3gTQDxDVnyBHwyyY6tdgr9G/?format=pdf&lang=pt>
- Tullo, E., Finzi, A., & Guarino, M. (2018). Review: Environmental impact of livestock farming and Precision Livestock Farming as a mitigation strategy. *Science of The Total Environment* 650(2):2752-2760. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.10.018>
- Vicente, C. M. I. (2018). *Atitudes dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno*. Relatório Final no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5059/1/Cristina_Margarida_Iglesias_Vicente_DM.pdf
- World Health Organization (2020). *State of the World's Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

Benefícios da traqueostomia precoce no doente submetido a ventilação mecânica invasiva

João Martins, Enfermeiro do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, joao_martins8@hotmail.com
Dulce Santiago, Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Beja, dulce.santiago@ipbeja.pt

Resumo

Enquadramento: A traqueostomia é um procedimento cirúrgico, para abertura da traqueia, sendo esta indicada para ventilação mecânica prolongada, necessidade de proteção das vias aéreas, dificuldade de desmame ventilatório mecânico e escala de Glasgow <8, polineuropatia e obstrução das vias aéreas superiores. A realização da traqueostomia precoce pode reduzir o tempo de ventilação do doente, facilitando o desmame da ventilação e reduz o internamento. **Objetivos:** conhecer a evidência científica sobre as vantagens da traqueostomia precoce no doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva. **Metodologia:** estudo de revisão integrativa da literatura através das bases de dados EBSCO, com recurso aos descritores Mesh “Nursing Care”, “Critical Care”, “Tracheostomy” e “Invasive Mechanical Ventilation”. **Resultados:** Foram analisados quatro artigos, sendo três artigos de análise retrospectiva, que analisam prontuários de uma certa amostra e um artigo de revisão da literatura, com utilização de 4 revisões sistemáticas com metanálise. Existindo uma evidência ligeira para o uso da traqueostomia precoce relacionado à mortalidade. **Conclusão:** Sugere-se a realização de novos estudos focados em doentes traqueostomizados de forma precoce e tardia, com uma amostra de população maior, por forma a obter maior evidência científica do mesmo.

Palavras chave: Enfermagem, Cuidados Críticos, Traqueostomia, Ventilação Mecânica Invasiva

Abstract

Background: Tracheostomy is a surgical procedure for opening the trachea, which is indicated for prolonged mechanical ventilation, need for airway protection, difficulty in mechanical ventilatory weaning and Glasgow scale <8, polyneuropathy and upper airway obstruction. The performance of early tracheostomy can reduce the patient's ventilation time, facilitating weaning from ventilation and reducing hospitalization. **Objectives:** to know the scientific evidence on the advantages of early tracheostomy in patients undergoing Invasive Mechanical Ventilation. **Methodology:** integrative literature review study through EBSCO databases, using the Mesh descriptors “Nursing”, “Critical Care”, “Tracheostomy” and “Invasive Mechanical Ventilation”. **Results:** Four articles were analyzed, being three articles of retrospective analysis, which analyze medical records of a certain sample and one article of literature review, using 4 systematic reviews with meta-analysis. There is light evidence for the use of early tracheostomy related to mortality. **Conclusion:** It is suggested to carry out further studies focused on early and late tracheostomized patients, with a larger population sample, in order to have more scientific evidence of the same.

Keywords: Nursing, Critical Care, Tracheostomy, Invasive Mechanical Ventilation

Introdução

A Traqueostomia é um procedimento invasivo para abertura artificial da traqueia (Silva & Urache, 2016), sendo que as indicações para a realização da traqueostomia, inclui a ventilação mecânica prolongada, necessidade de proteção das vias aéreas, dificuldade de desmame da ventilação mecânica, escala de Glasgow <8, de forma persistente, polineuropatia e obstrução das vias aéreas superiores (Mota, Rodrigues, & Souza, 2020).

As principais complicações da traqueostomia incluem obstrução, decanulação acidental, sangramento, enfisema subcutâneo, pneumotórax, pneumomediastino, granuloma, traqueomalácia, infecção, colapso supraesternal, fístula e estenose (Pertussati, et al., 2021).

Quando observado o risco aumentado de pneumonia associada à ventilação e danos laríngeos e traqueais graves de médio prazo, a traqueostomia enquadra-se como alternativa viável à intubação endotraqueal prolongada (Silva & Urache, 2016).

O doente que apresentar um prognóstico prolongado estará sujeito a um tempo maior no uso da ventilação mecânica invasiva, sendo que a maioria dos doentes com este prognóstico é submetido a cirurgia de traqueostomia, ao substituir um tubo endotraqueal por um tubo de traqueostomia reduzimos o trabalho respiratório, melhora a libertação das secreções das vias aéreas, diminui o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica, permite redução da sedação e facilita o processo de desmame (Mota, Rodrigues, & Souza, 2020).

A definição do tempo para a realização da traqueostomia para classificação como precoce ou tardia não é bem estabelecido. Há variações que consideram como precoce o procedimento realizado de 72 horas a 10 dias de intubação endotraqueal. No entanto, diversos autores consideram períodos para a traqueostomia tardia que se sobrepõem a esse intervalo, dificultando um parâmetro padronizado na literatura (Silva & Urache, 2016). Apesar de vários estudos indicarem os benefícios da traqueostomia em doentes críticos, o momento mais adequado para a sua realização ainda é controverso. A ventilação mecânica durante longo prazo é a situação mais comum para a qual a traqueostomia seja indicada. No momento que se realiza uma traqueostomia continua a ser individualizada e este necessita de uma monitorização continua e de cuidados específicos (Pertussati, et al., 2021).

O presente artigo tem como objetivo analisar os benefícios de uma traqueostomia precoce no doente submetido a ventilação mecânica invasiva.

Procedimentos Metodológicos de Revisão

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que possibilita a combinação da investigação primária e secundária, após a avaliação da sua qualidade metodológica (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino, & Pestana, 2018) estando direcionada para a prática baseada na evidência, permitindo a inclusão das evidências nos contextos práticos com segurança (Vilelas, 2017). Na sua elaboração teve-se por referência as seis etapas preconizadas por (Botelho, Cunha, & Macedo, 2011) correspondentes à determinação do tema de estudo,

formulação da questão de investigação, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos selecionados, categorização dos mesmos, análise e interpretação dos achados a incluir na revisão e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado.

A pergunta de investigação, através da estratégia PICO: Quais as vantagens da traqueostomia precoce no doente submetido a ventilação mecânica invasiva? Neste estudo os participantes (P) são os doentes adultos traqueostomizados sob ventilação mecânica invasiva, a intervenção (I) que diz respeito à traqueostomia precoce no doente submetido a ventilação mecânica invasiva, ao contexto (C), unidades de cuidados intensivos ou doentes em situação crítica, e os resultados (*Outcomes*) relativo às vantagens encontradas na traqueostomia precoce no doente submetido a ventilação mecânica invasiva.

A colheita de dados ocorreu durante o mês de dezembro de 2021 na plataforma EBSCOhost WEB onde se englobaram a Academic Search Complete, CINAHL® Complete, CINAHL® Plus with Full Text, MedicLatina e MEDLINE®, com recurso aos descritores MeSH, sendo a frase booleana do estudo foi “Enfermagem” AND “Cuidados Críticos” AND “Traqueostomia” AND “Ventilação Mecânica Invasiva”. Os critérios de inclusão definidos na pesquisa foram publicações de todos os idiomas, no período de 2010 a 2021, disponíveis em texto integral e estudos referentes à população adulta.

Da pesquisa elaborada resultaram 37 artigos. Numa primeira fase, procedeu-se a uma leitura crítico-reflexiva dos títulos, seguindo-se a leitura dos resumos dos estudos encontrados.

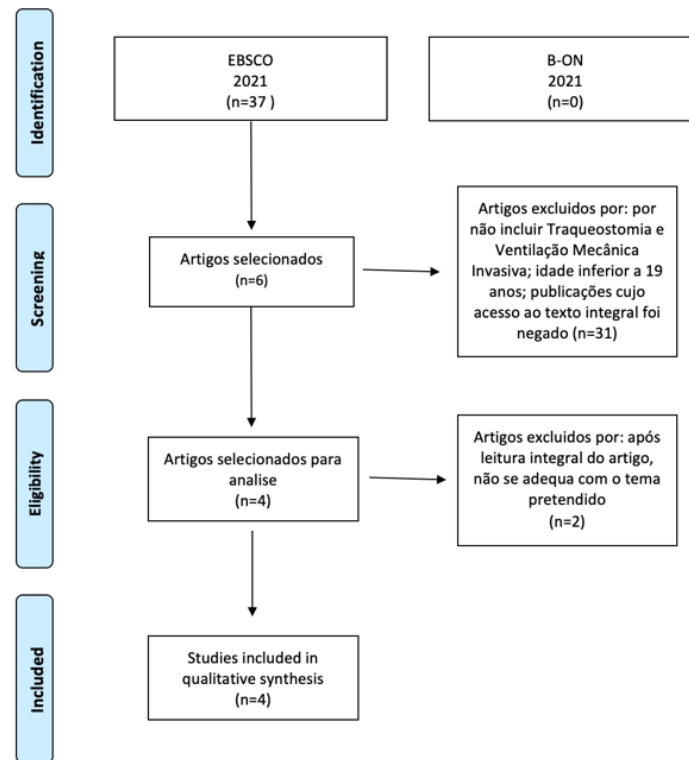
Atendendo aos critérios de inclusão e à avaliação da qualidade metodológica estabeleceu-se uma amostra de 4 artigos, conforme a tabela 1.

Tabela 1 – Identificação dos estudos

IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS				
Autor	Ano	País	Nível de evidência (JBI, 2003) – Desenho do estudo	Qualidade (JBI, 2017)
Antunes, <i>et al.</i>	2016	Brasil	2.d – Quase-experimental/grupo de controlo prospetivo	INCLUÍDOS ≥ 70% dos critérios
Silva & Urache	2016	Brasil	1.a – Experimental/Revisão sistemática de RCTs	
Mota, Rodrigues, & Souza	2020	Brasil	2.d – Quase-experimental/grupo de controlo retrospectivo	
Pertussati, <i>et al.</i>	2021	Brasil	2.d – Quase-experimental/grupo de controlo retrospectivo	

A figura 1 apresenta o procedimento de seleção dos artigos a analisar, segundo a metodologia PRISMA (Moher, Shamseer, & Clarke, 2015).

Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos



From: Prisma Flow Diagram (Moher, Shamseer, & Clarke, 2015)

Resultados

Após a aplicação dos critérios, a amostra final integrou 4 artigos. Da análise dos estudos obtidos, apresentam-se os resultados à luz da questão de investigação inicial e dos objetivos da presente revisão integrativa. De modo a facilitar a análise de cada artigo, optou-se pela identificação de todos os aspetos relacionados com o doente traqueostomizado submetido a ventilação mecânica precoce. A tabela 2 apresenta os estudos selecionados para análise, com os autores, origem, título, metodologia e os seus resultados.

Tabela 2 - Síntese dos artigos para análise

Designação Autores	Origem	Título	Metodologia	Resultados
A1 – Antunes, et al., 2016	Brasil	<i>Frequência da evolução para traqueostomia em pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva e sua correlação com o índice de APACHE II</i>	Estudo prospectivo por meio de levantamento de 80 prontuários, realizado na unidade de terapia intensiva do hospital maternidade rede metropolitana de Sarandi	Dos prontuários analisados a frequência de realização da traqueostomia foi de 16,25% (n=13) com média de tempo de 10,5 dias sendo que entre esses, apenas um evoluiu para óbito. Dos doentes traqueostomizados, ao correlacionar o escore APACHE II com os dias até evolução para traqueostomia não foi encontrado correlação, ou seja, a gravidade do quadro não foi fator para traqueostomizar o doente. Observa-se que o risco de mortalidade se apresentou maior entre os doentes que não realizaram traqueostomia, porém o risco de mortalidade não foi fator determinante no tempo até aos doentes evoluírem para a traqueostomia. Dos 80 prontuários analisados, 62,5% (n=50) evoluíram para óbito e 37,5% (n=30) evoluíram para desmame da VMI.
A2 - Silva & Urache, 2016	Brasil	<i>Visão geral de evidências sobre traqueostomia precoce versus traqueostomia tardia em paciente crítico</i>	Revisão da literatura, com utilização de 4 revisões sistemáticas com metanálise, com nível de evidência 1a e com grau de recomendação A.	Foram observadas evidências de desfecho favorável leve para o uso de traqueostomia precoce relacionado à mortalidade, embora três estudos não tenham apresentado diferença entre grupos, todos sem significância estatística para esse desfecho. Em relação ao tempo de ventilação mecânica, não foram observadas evidências que suportem a tecnologia analisada. Em relação ao tempo de permanência em UCI, duas revisões apresentaram redução no período desse internamento, no entanto, com heterogeneidade considerável. A incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica também apresenta evidências divergentes, que não permitem apontar benefício para traqueostomia precoce ou traqueostomia tardia.
A3 - Mota, Rodrigues, & Souza, 2020	Brasil	<i>Análise do tempo de retirada do respirador artificial no paciente submetido a</i>	Pesquisa documental, retrospectiva, de carácter descritivo na unidade de terapia intensiva de um hospital da zona da mata	Da amostra de 50 doentes, que obtiveram sucesso e preencheram os critérios de desmame da ventilação mecânica invasiva, foram divididos em dois grupos distintos: grupo tardio (n=23), de doentes que permaneceram por mais de sete dias com tubo orotraqueal até a realização de traqueostomia e o grupo precoce (n=27), de doentes, de doentes que realizaram traqueostomia até sete dias de intubação orotraqueal. No total o grupo tardio permaneceu em média 16,57 dias em VMI e o grupo precoce 8,07 dias.

		<i>traqueostomia precoce e após sete dias de ventilação mecânica invasiva</i>	mineira. Foram coletados dados de 50 doentes.	A amostra do grupo tardio teve em média a permanência de dias com tubo orotraqueal foi de 10,87 e a permanência em ventilação mecânica invasiva após a realização de traqueostomia foi de 5,70 dias. A amostra do grupo precoce teve em média a permanência de dias com tubo orotraqueal foi de 4,7 e a permanência em ventilação mecânica invasiva após a realização de traqueostomia foi de 3,37 dias. Quando comparamos a média dos dias de permanência em VMI após a realização de traqueostomia entre os dois grupos, obtém um resultado demonstrado que nos doentes com traqueostomia precoce os dias em VMI foi significativamente menor que nos doentes com traqueostomia tardia.
A4	-	<i>Condições envolvidas na realização de traqueostomia em unidade de terapia intensiva</i>	Estudo analítico, transversal e retrospectivo. Amostra de 70 doentes submetidos à VMI e à traqueostomia, durante o período de janeiro a dezembro de 2017 na unidade de terapia intensiva de hospital privado e de ensino de Minas Gerais.	Dos 70 doentes 60% da casuística tiveram alta da UCI, sendo transferidos para outras unidades, enquanto 40% foram óbitos. Analizando o número de dias que em média o doente teve com tubo orotraqueal até à traqueostomia foi de 11,2 dias com um desvio padrão de 2,9 dias. Torna-se essencial destacar que a variável sistema acometido não é proporcional a todas as suas categorias, sendo que os sistemas mais acometidos foram respiratório, cardiovascular e neurológico. Realizando cruzamento entre as variáveis, observou-se que há evidências de associação somente entre as variáveis de desfecho (alta da UCI ou óbito) e sistema acometido.

A amostra foi constituída por quatro artigos. Todos os artigos foram publicados no idioma português. Relativamente ao ano das publicações, temos 1 artigo nos anos de 2016, 2017, 2020 e 2021.

Numa análise global, os artigos (Antunes, et al., 2016), (Mota, Rodrigues, & Souza, 2020) e (Pertussati, et al., 2021) são estudos retrospectivos que analisam processos clínicos de uma certa amostra.

Conforme a análise dos prontuários (Antunes, et al., 2016) descreve a frequência de realização da traqueostomia tendo sido de 16,25% (n=13) com média de tempo de 10,5 dias sendo que entre esses, apenas um evoluiu para óbito.

Segundo (Antunes, et al., 2016) observa-se que o risco de mortalidade se apresentou maior entre os doentes que não realizaram traqueostomia, porém o risco de mortalidade não foi fator determinante no tempo até aos doentes evoluírem para a traqueostomia. Dos 80 prontuários analisados, 62,5% (n=50) evoluíram para óbito e 37,5% (n=30) evoluíram para desmame da VMI.

No estudo de (Mota, Rodrigues, & Souza, 2020) tiveram uma amostra de 50 doentes, que obtiveram sucesso e preencheram os critérios de desmame da ventilação mecânica invasiva e foram divididos em dois grupos distintos: grupo tardio (n=23), de doentes que permaneceram por mais de sete dias com tubo orotraqueal até a realização de traqueostomia e o grupo precoce (n=27), de doentes, de doentes que realizaram traqueostomia até sete dias de intubação orotraqueal. A média em dias da permanência com tubo orotraqueal foi de 10,87 dias para o grupo tardio e de 4,7 dias para o grupo precoce. Já a permanência em VMI após a realização de traqueostomia foi de 5,7 dias para o grupo tardio e de 3,37 dias para o grupo precoce.

Conforme o estudo de (Pertussati, et al., 2021), dos 70 doentes 60% da casuística tiveram alta da UCI, sendo transferidos para outras unidades, enquanto 40% foram óbitos.

Analisando o número de dias que em média o doente teve com tubo orotraqueal até à traqueostomia foi de 11,2 dias com um desvio padrão de 2,9 dias.

O artigo de (Silva & Urache, 2016) é uma revisão da literatura, com utilização de 4 revisões sistemáticas com metanálise, que foram observadas evidências de desfecho favorável leve para o uso de traqueostomia precoce relacionado à mortalidade, embora três estudos não tenham apresentado diferença entre grupos, todos sem significância estatística para esse desfecho. Em relação ao tempo de ventilação mecânica, não foram observadas evidências que suportem a

tecnologia analisada. Em relação ao tempo de permanência em UCI, duas revisões apresentaram redução no período desse internamento, no entanto, com heterogeneidade considerável. A incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica também apresenta evidências divergentes, que não permitem apontar benefício para traqueostomia precoce ou traqueostomia tardia.

Discussão

Nesta análise foram utilizados três estudos retrospectivos, que analisam processos clínicos de uma certa amostra e um estudo de revisão da literatura. Analisando os quatros estudos, percebemos que a média em dias da intubação orotraqueal até à traqueostomia são 10,5 dias no estudo (Antunes, et al., 2016), 10,87 dias no grupo tardio e 4,7 dias no grupo precoce no estudo (Mota, Rodrigues, & Souza, 2020) e 11,2 dias no estudo (Pertussati, et al., 2021).

Em relação à permanência com ventilação mecânica invasiva após realização de traqueostomia foi de 5,7 dias no grupo tardio e de 3,37 dias no grupo precoce no estudo (Mota, Rodrigues, & Souza, 2020). No estudo (Silva & Urache, 2016) em relação ao tempo de ventilação mecânica, não foram observadas evidências que suportem a realização da traqueostomia precoce.

Quando analisamos a mortalidade após a colocação da traqueostomia no estudo de (Antunes, et al., 2016) observa-se que o risco de mortalidade se apresentou maior entre os doentes que não realizaram traqueostomia. No estudo de (Silva & Urache, 2016) foram observadas evidências de desfecho favorável para o uso de traqueostomia precoce relacionado à mortalidade. Já no estudo de (Mota, Rodrigues, & Souza, 2020) a estimativa de mortalidade nos doentes traqueostomizados de forma precoce é significativamente maior que no grupo em que a traqueostomia foi realizada após sete dias de intubação orotraqueal. O que sugere que os doentes cujo o prognóstico preveja um período longo de Ventilação Invasiva, sejam eletivos para procedimento de traqueostomia de forma precoce. Por fim no estudo de (Pertussati, et al., 2021) 40% dos doentes traqueostomizados resultaram em óbito, não havendo relação da traqueostomia precoce e/ou tardia.

Conclusão

O uso da traqueostomia precoce, segundo os artigos analisados, tem benefícios. No entanto, devido à dificuldade de análise em subgrupos específicos de doentes críticos e de tempo de intervenção, esta observação necessita de ser analisada cautelosamente.

Para reforçar as vantagens encontradas da traqueostomia precoce, será necessário uma maior realização de pesquisas de ensaios clínicos randomizados, por forma a avaliar melhor as diferenças na retirada da ventilação mecânica entre doentes submetidos a traqueostomia precoce e tardia em doentes críticos e determinar o tempo exato de traqueostomia precoce e tardia, para uma melhor exatidão, devido à variação de dias na metodologia estudada.

Bibliografia

- Antunes, M., Ferreira, E., Souza, F., Filho, E., Fischer, J., & Bertolini, S. (jun-ago de 2016). *Frequência da evolução para traqueostomia em pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva e sua correlação com o índice de apache II*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 15, 31-36.
- Botelho, L., Cunha, C., & Macedo, M. (2011). *O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e sociedade*, 121-136.
- Moher, D., Shamseer, L., & Clarke, M. (2015). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols*. Systematic Reviews, 1-9.
- Mota, J., Rodrigues, Y., & Souza, F. (2020). *Análise do tempo de retirada do respirador artificial no paciente submetido a traqueostomia precoce e após sete dias de ventilação mecânica invasiva*. Fisioter Pesqui., 306-311.
- Pertussati, E., Donoso, M., Mattos, S., Lima, L., Simino, G., & Silva, B. (2021). *Condições envolvidas na realização de traqueostomia em pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. Enferm Foco, 469-474.
- Silva, E., & Urache, L. (dez 2016 - fev 2017 de 2016). *Visão Geral de Evidências sobre Traqueostomia Precoce Versus Traqueostomia Tardia em Paciente Crítico*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, 17, 28-31.
- Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018). *Reviews of the scientific literature: types, methods and applications in nursing*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 45-54.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Educação para a sexualidade e afetos em tempos de pandemia: contrassensos e contratempos

Sandra Martins, ARSLVT, sandra.c.martins@arslvt.min-saude.pt

Resumo

Em agenda para o Desenvolvimento Sustentável sobre a educação sexual e a prevenção da violência no namoro, a UCC Seixal visa dar resposta aos ODS 3, ODS 4 e ODS 5. Em parceria com a Câmara Municipal do Seixal, Comunidades Educativas do Concelho e Polícia de Segurança Pública são reunidos esforços para dinamizar uma intervenção concertada cujo grupo-alvo são jovens dos 8º e 9º anos das escolas do Concelho. À luz da necessidade de cuidados antecipatórios, e em tempos em que o distanciamento social é regra, não poderíamos descuidar a educação para que os nossos jovens possam fazer as escolhas certas no que respeita à expressão dos seus afetos e sexualidade nutrindo relações saudáveis, independentemente da sua orientação sexual e identidade de género. Destaca-se assim a importância do toque afetivo entre os jovens, transversal às relações de amizade ou exploratório no contexto das primeiras relações íntimas e erotizadas.

Palavras-Chave: Jovem, Toque, Afetividade, Educação Sexual

Considerações Iniciais

Em 2019, a ARSLVT aderiu à Aliança ODS Portugal, assumindo o compromisso de trabalhar para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Em agenda para o Desenvolvimento Sustentável a educação sexual e a prevenção da violência no namoro, integra-se numa lógica mista entre o ODS 3, o ODS 4 e o ODS 5. É neste sentido que a UCC do Seixal em parceria com a Câmara Municipal do Seixal, Comunidades Educativas do Concelho, Polícia de Segurança Pública e UCC reúnem esforços para dinamizar uma intervenção concertada cujo grupo-alvo são jovens dos 8º e 9º anos das escolas do Concelho.

Segundo Winnicott é na vivência entre pares que se dão inúmeras experiências, descobertas e trocas afetivas e que é por meio destas que é possível experimentar e desenvolver a sua identidade social. Ainda se considerarmos as etapas de desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson encontramos os jovens imbuídos numa crise de identidade. Se assim considerarmos, o desenvolvimento identidade de género é com certeza matéria a discutir.

Por sua vez, na teoria psicanalítica de Freud, os jovens experimentam a transição para a vida adulta através da genitalidade e amadurecimento do interesse sexual pelo outro e não mais autocentrados dos estádios anteriores de desenvolvimento psicossocial. Acrescendo a toda esta realidade, vivemos tempos de pandemia em que a confusão e a insegurança são exponenciais quando falamos numa fase da vida em que estes sentimentos naturalmente invadem a

juventude. Neste sentido também não se poderiam descuidar as questões relacionadas com a orientação sexual no nosso plano de intervenção.

Contrassensos e Contratempos

Vivemos uma época de contrassensos no que respeita, por um lado à natureza curiosa dos jovens face às relações de intimidade e descoberta dos afetos e sexualidade e por outro, as imposições emanadas pela DGS face à necessidade de medidas mais ou menos extremas de distanciamento social em resposta a uma pandemia sem precedentes e com a qual ninguém esperava encontrar-se.

Ser tocado é uma genuína necessidade, uma sensação prazerosa, sendo também uma forma de poder confiar em outrem. A perceção de ser tocado é uma sensação positiva e promove a compliance interpessoal (Gallace & Spence, 2010).

Quão importante para os nossos jovens a convicção de que a proximidade e o toque aumenta o risco de contágio entre pares?

Por sua vez, e não obstante uma abordagem essencial da autoexploração corporal, bem como o seu valor, só por si não subestima a importância da plenitude háptica.



Fonte: Mateu, L. C., & Gali, I. M. (2008). Falemos de Sexualidade. Lisboa: Platano.

Em 1966, James J. Gibson descreveu a sensação háptica como "a perceção do indivíduo do mundo adjacente ao seu corpo através do uso de seu próprio corpo", em seu livro *The Senses Considered as Perceptual Systems*. Conforme Gibson esta “sensibilidade” envolve sentir o mundo ao seu redor ao usar o seu corpo e suas extremidades como órgãos sensoriais exploratórios e motores. Um exemplo dessa combinação é o uso das mãos, tanto para explorar um ambiente quanto para modificá-lo, o que não acontece no sistema visual ou auditivo, por

exemplo, com os quais é possível explorarmos as coisas/ambiente, no entanto, sem alterá-los. O sistema háptico permite ao indivíduo, “lançar mão” para obter informação a respeito do meio ambiente e do seu corpo.

Por sua vez, quão impactante para os nossos jovens a convicção de que as nossas mãos e boca são os veículos essenciais de transmissão do SARS Covid?

Grunwald, que dirige o Laboratório Háptico da Universidade de Leipzig, o único instituto europeu que se dedica em pleno à investigação do sentido do tato, é claro na sua visão. Para que não restem dúvidas segundo ele são mesmo as mãos e a boca os órgãos tácteis mais sensíveis e como tal os mais indicados para a exploração.

Resta-nos usar o humor e essencialmente desdramatizar.



Fonte: Mateu, L. C., & Gali, I. M. (2008). Falemos de Sexualidade. Lisboa: Platano.

Sabemos que os jovens sentiram de uma forma mais intensa as restrições vividas durante a pandemia. O isolamento social e suspensão das atividades letivas criou obstáculos à convivência entre pares que apesar da tentativa de compensação através do digital, jamais poderia cumprir o último propósito. Ademais criou outros riscos, para a saúde mental dos jovens, nomeadamente a adicção e o cyberbullying. De acordo com Rego e Maia (2021) sabemos que a pandemia de COVID-19 pode resultar em aumento de transtornos psiquiátricos, como estresse pós-traumático, transtornos depressivos e de ansiedade, bem como sintomas relacionados com o luto. Os mesmos autores traçam o cenário atual, segundo o qual, transtornos de saúde mental, como a ansiedade, são responsáveis por 16% da carga global de doenças e

lesões entre as pessoas de 10 a 19 anos. Estima-se que 10 a 20% das crianças e adolescentes em todo o mundo sofrem de problemas de saúde mental como a ansiedade.

Por sua vez, a mobilização das equipas de saúde na resposta intensiva da vacinação em prol da imunização massiva da população veio esvaziar ainda mais o tempo disponível dos profissionais de saúde e, nomeadamente dos enfermeiros, para se poderem dedicar à Saúde Escolar e Saúde Juvenil. Contudo é gratificante reconhecer que afinal, perante todo o contrassenso e contratempo, não descuramos a educação para a saúde dos nossos jovens e encaramos de frente um futuro que se adivinha desafiante. Na realidade, apenas o tempo nos mostrará os devidos efeitos das restrições vividas, nomeadamente no que concerne à população mais jovem e vulnerável, em breve os adultos de amanhã.

Conclusão

Sabemos que muitos jovens expressaram as suas emoções, à sua maneira, de forma mais ou menos atabalhoada, face à pandemia, fizeram-no para bem da sua saúde mental. Outros ainda terão silenciado as emoções mais ou menos inconscientes que experienciaram. As verdadeiras repercussões ao nível dos relacionamentos e mesmo da saúde mental vão-se esboçando e cá estaremos decerto para responder numa ação de complementaridade entre Escola e Serviços de Saúde porque só assim conseguiremos respostas adequadas à sua realidade. Dar resposta às dúvidas e necessidades dos nossos jovens é uma prioridade, quer através de Sessões de Educação para a Saúde em grupo, quer através do Atendimento individual no Gabinete de Saúde Escolar. Este é o nosso compromisso!

Referências Bibliográficas

- Gallance, A., Spence, C. (2010). The science of interpersonal touch: An overview. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (34), 246-259;
- Gibson, J.J. The senses considered as perceptual systems. Boston: Houghton Mifflin, 1966.
- Gibson, J. J. The Ecological Approach to visual perception. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates, Inc., 1986. 5
- ARS Lisboa e Vale do Tejo. (10 de Abril de 2022). Desenvolvimento Sustentável. Obtido de ARSLVT: <https://www.arslvt.min-saude.pt/desenvolvimento-sustentavel/>
- Mateu, L. C., & Gali, I. M. (2008). *Falemos de Sexualidade*. Lisboa: Platano.
- Rego, K. d., & Maia, J. L. (2021). Ansiedade em adolescentes no contexto da pandemia por COVID-19. *Research, Society and Development*, 10(6).
- Retzbach, J. (12 de Abril de 2022). *Investigacion y Ciencia*. Obtido de O Segredo do Toque: <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/el-tacto-666/el-secreto-del-tacto-14007>

PARTE II - QUESTÕES SOCIOECONÓMICAS

O que é indispensável para os trabalhadores? Discussões sobre fatores de satisfação no trabalho

Jéssica Syrio Callefi, Universidade Estadual de Maringá, jessica.callefi@gmail.com

Resumo

O Trabalho Digno é um direito de todas as pessoas. Uma das maneiras pelas quais as organizações podem promover esta prerrogativa para os trabalhadores é por meio da Satisfação no Trabalho, a qual está relacionada com a Saúde e Bem-estar, um dos enfoques dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da ONU. A Satisfação no Trabalho pode ser compreendida por sete fatores, são eles: Remuneração, Relações no trabalho, Trabalho, Influência do trabalho na vida pessoal, Motivação pessoal, Políticas organizacionais e Habilidades da liderança (Callefi, 2022). É incontestável que todos estes âmbitos devam ser levados em consideração para o desenho de um projeto de trabalho. Contudo, nota-se que uns fatores podem ter maior importância para o indivíduo devido à conjectura de trabalho, renda, saúde mental e contexto histórico. Variáveis dentro desta temática podem ser explicadas por indicadores econômicos e por informações de domínio público. Neste contexto, o objetivo desta comunicação é apresentar e discutir os sete fatores de Satisfação no Trabalho. Para discutir Remuneração, foram utilizados dados do rendimento médio real por agrupamentos ocupacionais no trabalho (IBGE, 2022a). Dentro de Influência do trabalho na vida pessoal, discute-se a partir dos dados de afastamentos do setor de seguro social brasileiro (INSS, 2022). Relações no trabalho, Trabalho, Motivação pessoal e Políticas organizacionais foram abordados com dados do *ranking* de domínio público do Great Place to Work (GPTW, 2022). Habilidades da liderança foi debatido com os dados da população por nível de instrução (IBGE, 2022b). Espera-se que estas discussões contribuam ao trazer dados que possam auxiliar na interpretação dos contextos de grupos que prefiram um fator em detrimento do outro e, assim, promover trabalho decente para todos.

Palavras chave: Trabalho Digno, Satisfação no Trabalho, Trabalhadores

Abstract

Decent Work is a right of all people. One of the ways in which organizations can promote this prerogative for workers is through Job Satisfaction, which is related to Health and Well-being, one of the focuses of the UN Sustainable Development Goals. Satisfaction at work can be understood by seven factors, they are: Remuneration, Workplace relationships, Work, Work influence on personal life, Personal motivation, Organizational policies, and Leadership Skills (Callefi, 2022). It is undeniable that all these areas must be taken into account when designing a work project. However, it is noted that some factors may have greater importance for the individual due to the context of work, income, mental health and historical context. Variables within this theme can be explained by economic indicators and information in the public domain. In this context, the objective of this article is to present and discuss the seven factors of Job Satisfaction. To discuss Remuneration, data on average real income by occupational grouping at work were used (IBGE, 2022a). Within Influence of work on personal life, it is discussed based on data on absences from the Brazilian social security sector (INSS, 2022). Workplace relationships, Work, Personal Motivation and Organizational policies were addressed with data from the Great Place to Work public domain ranking (GPTW, 2022). Leadership skills was discussed with population data by education level (IBGE, 2022b). It is hoped that these discussions will contribute by bringing data that can help in the interpretation of the contexts of groups that prefer one factor over the other and, thus, promote decent work for all.

Keywords: Decent Work, Job Satisfaction, Workers

Introdução

O trabalho é uma relevante área da vida dos indivíduos, visto que contempla a subsistência em primeira instância, e, também é entendida como central na identidade das pessoas (Morin e Tonelli, 2007). Dessa forma, além de propiciar que a pessoa sobreviva dignamente, o trabalho

torna-se indissociável da personalidade e individualidade de cada um. Não raro, os trabalhadores se reconhecem a si mesmos pela profissão que executam.

Dada essa importância, uma temática que tem ganhado relevância dentro do contexto de discussões de trabalho digno é a Satisfação no Trabalho, a qual pode ser explicada como um sentimento do trabalhador sobre a sua própria ocupação, podendo este ser positivo ou negativo (Robbins e Judge, 2013). Os indivíduos inscrevem diariamente sua subjetividade nas tarefas que já estão prescritas e, dessa forma, sentem entusiasmo na realização de suas incumbências. Porém, a falta de um espaço que promova ações de criatividade e construções pessoais nas tarefas, pode gerar sofrimento (Dejours, 2012).

Callefi (2022) elencou sete fatores que explicam a Satisfação no Trabalho, são eles: Remuneração, Relações no trabalho, Trabalho, Influência do trabalho na vida pessoal, Motivação pessoal, Políticas organizacionais e Habilidades da liderança. Estes fatores englobam 23 variáveis, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fatores de Satisfação no Trabalho e suas respectivas variáveis



Fonte: Callefi (2022).

No intuito de aprofundar na discussão destes fatores, o objetivo desta comunicação é apresentar indicadores econômicos e informações de domínio público que possam auxiliar na

compreensão dos motivos pelos quais determinados grupos elegem alguns fatores como mais relevantes em detrimento dos outros.

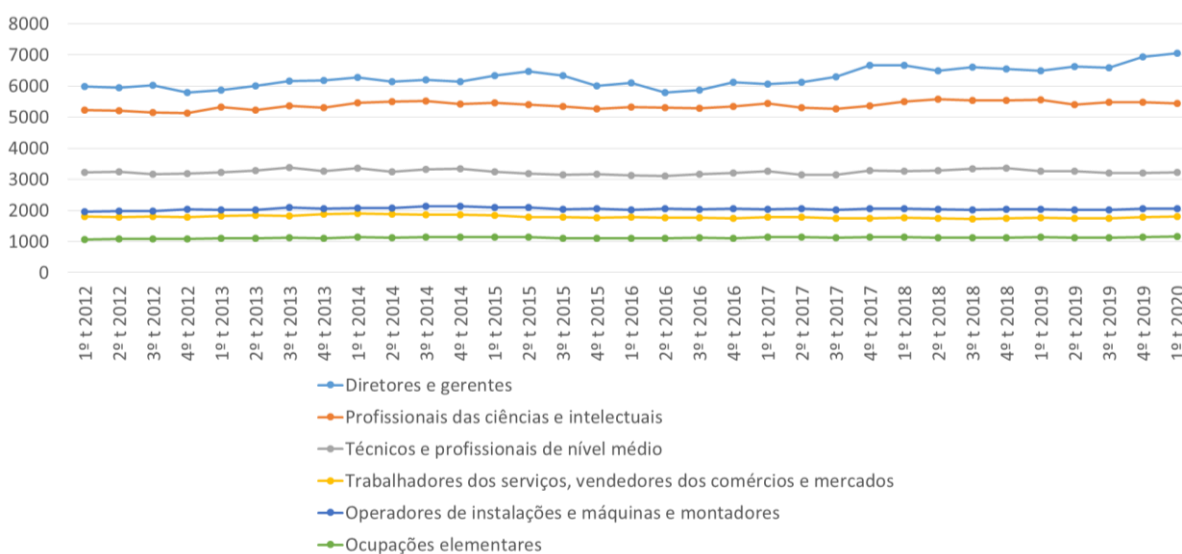
Remuneração

A Remuneração está intrinsecamente relacionada ao trabalho. A forma mais visual de se valorizar o trabalho de um indivíduo é pagando um bom valor pelo ofício que este realiza (Saks, 2006). Não obstante a importância deste ponto, muitas empresas ainda preferem negligenciar o valor oferecido em razão de diminuir seus custos (Callefi, 2022).

Para a escolha do próprio trabalho, o primeiro impulso do indivíduo é atender às suas necessidades básicas de sobrevivência e só depois ele conseguirá almejar outras esferas, como realização pessoal, por exemplo (Maslow, 1943).

Na Figura 2, são apresentados dados sobre o rendimento médio real por agrupamentos ocupacionais no trabalho principal.

Figura 2: Rendimento médio real por agrupamentos ocupacionais no trabalho principal no Brasil (2012-2020).



Fonte: Adaptado de IBGE 2022a.

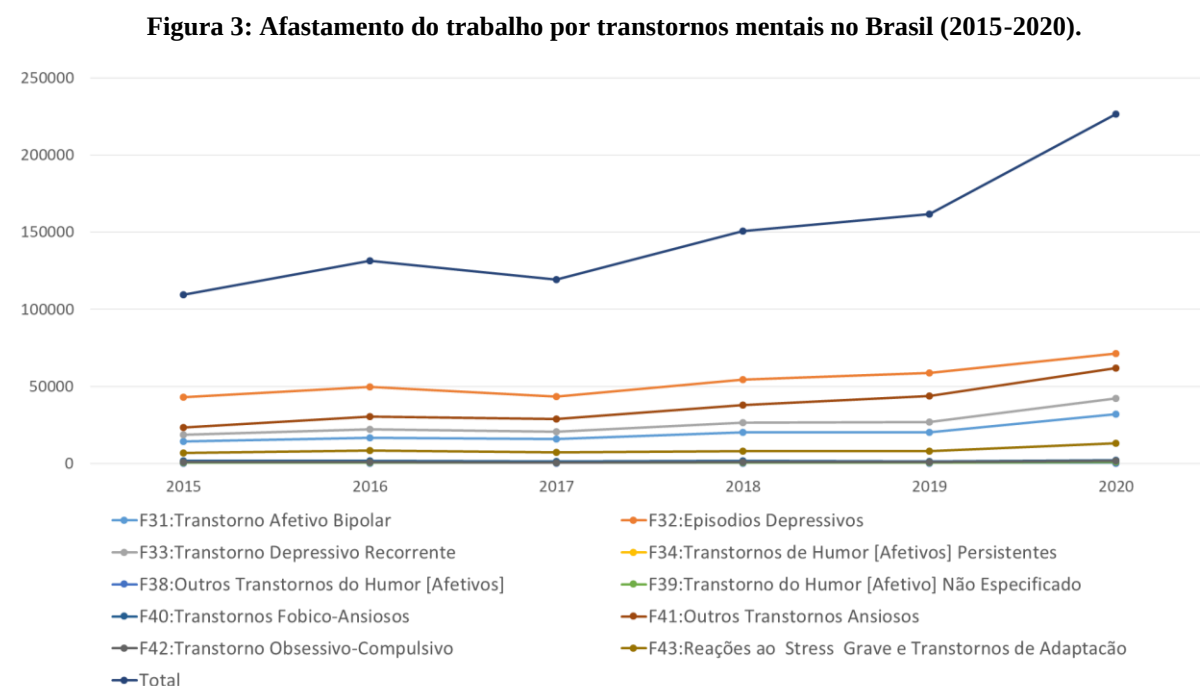
Conforme apresentado na Figura 2, observa-se que existe uma grande diferença entre a média de salários dos diretores e gerentes e profissionais das ciências e intelectuais, para a média de rendimento dos técnicos e profissionais de nível médio. A discrepância fica ainda maior se comparado ao salário de ocupações elementares.

Assim, assume-se que os trabalhadores que possuem maior rendimento, passam a se preocupar com outras questões para além do salário, visto que o valor que recebem supre suas

necessidades básicas. Em contrapartida, quem recebe um salário menor, se preocupa primeiramente com esse fator, que precisa ser solucionado.

Influência do trabalho na vida pessoal

Sobre a Influência do trabalho na vida pessoal, dados de afastamentos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) são apresentados na Figura 3.



Fonte: Adaptado de INSS (2022).

Conforme apresentado, é evidente o quanto piorou a saúde mental da população brasileira no período de 2015 a 2020.

Tendo em vista que o trabalho impacta a vida pessoal do indivíduo, bem como o ofício impactará a vivência particular de cada um (Callefi, 2022), é necessário que a saúde emocional receba maior atenção dentro das discussões sobre trabalho e saúde pública, uma vez que traz impactos tanto na vida do trabalhador, quanto na economia do país como um todo.

Relações no trabalho, trabalho, motivação pessoal, políticas organizacionais

Fatores como Relações no trabalho, Trabalho, Motivação pessoal e Políticas organizacionais são difíceis de serem verificadas por indicadores econômicos, visto que tratam de uma análise em nível micro das organizações. Desta forma, alguns *rankings* como Great Place to Work (2022), que realizam pesquisas internas e publicam dados públicos, podem ajudar os trabalhadores a se decidirem sobre fazer parte ou não de determinada empresa.

A decisão de participar da análise do Great Place to Work pode demonstrar uma organização aberta ou com interesse em realização de diagnósticos internos. Os resultados obtidos podem gerar benefícios o trabalhador.

Callefi, Teixeira e Santos (2021) observaram que o questionário de avaliação do Great Place to Work engloba mais fortemente: Cultura Organizacional (Santos, 2000), Chefia, Reconhecimento do trabalho e Colegas de trabalho (Siqueira, 2008), Segurança, Relacionamento e Realização pessoal (Maslow, 1943).

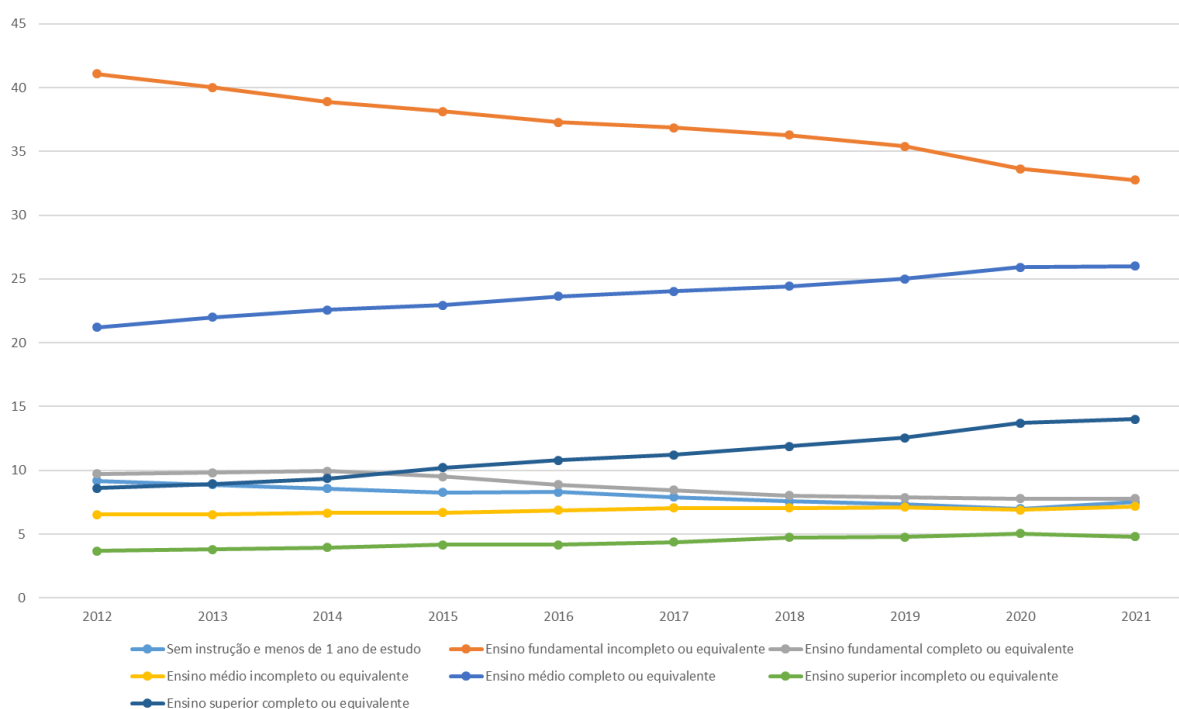
Dessa forma, estes dados podem trazer um indicativo sobre como funcionam as relações dentro da empresa avaliada.

Habilidades da liderança

As Habilidades da liderança são primordiais para melhorar as relações de trabalho (Callefi, 2022). Os líderes exercem um enorme impacto na satisfação de seus encarregados (Ariyawan e Rivai, 2018). A capacidade técnica precisa estar alinhada com o cargo que o gestor exerce para que exista legitimidade no discurso e as tarefas sejam bem executadas.

Na Figura 4 são apresentados os dados brasileiros de instrução da população no período de 2012 a 2021.

Figura 4: População brasileira por nível de instrução (2012-2021).



Fonte: Adaptado de IBGE 2022b.

Tem-se que o nível de instrução da população brasileira melhorou nos últimos anos, com ensino médio e superior em ascensão. Considera-se que quanto mais acesso ao ensino os trabalhadores têm, melhor se torna a habilidade dos Gestores em resolverem conflitos e lidarem com os problemas das organizações.

Conclusão

Os motivos pelos quais cada trabalhador escolhe um fator ao invés de outro são inúmeros. Contudo, tem-se que fatores sociais, políticos e econômicos impactam diretamente na realidade da população. Dentro deste aspecto, observou-se que alguns indicadores econômicos e dados abertos podem trazer algumas pequenas explicações que auxiliam gestores a analisarem a realidade e compreenderem o que impacta na satisfação dos trabalhadores.

Como limitações, tem-se que a realidade é complexa e não é possível esgotar os fatores discutidos, somente explicar pequenos enfoques da realidade.

Bibliografia

- Ariyawan, Y. W. e Rivai, A. (2018). Influence of leadership style and organizational culture on organizational performance through job satisfaction in PT Telekomunikasi Indonesia Tbk. *The International Journal of Engineering and Science (IJES)*, 17 (10), pp. 21-37.
- Callefi, J. S. (2022). Relações entre satisfação no trabalho e competências dos trabalhadores em diferentes culturas organizacionais. Tese de Doutorado, Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18157/tde-25032022-102019/pt-br.php> (consultado em 10 de fevereiro de 2021).
- Callefi, J. S., Teixeira, P. M. R., e Santos, F. C. A. (2021). Relações entre motivação, satisfação no trabalho e as dimensões competitivas da estratégia de recursos humanos no great place to work. *Revista Administração em Diálogo*, 23 (1), pp. 106-121.
- Dejours, C. (2012). Psicodinâmica do Trabalho e Teoria da Sedução. *Psicologia em Estudo*, 17 (1), pp. 363-371.
- GPTW - Great Place To Work. (2022). Great Place To Work Institute, disponível em <http://www.greatplacetowork.com> (consultado em 10 de fevereiro de 2021).
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022a). Tabela 5444 – Rendimento médio real por agrupamentos ocupacionais no trabalho principal, disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pnadct/tabelas> (consultado em 10 de fevereiro de 2021).
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022b). Tabela 5919 – População, por nível de instrução, disponível em <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pnadct/tabelas> (consultado em 10 de fevereiro de 2021).
- INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social. (2022). Tabelas – CID – 10. Atualizado em 09 de novembro de 2021, disponível em <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/saude-e-seguranca-do-trabalhador/dados-de-acidentes-do-trabalho/tabelas-cid-10> (consultado em 10 de fevereiro de 2021).
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(1), pp. 370-396.
- Morin, E. e Tonelli, M. J. (2007). O trabalho e seus sentidos. *Psicologia & Sociedade*, 19, (1), pp. 47-56.
- Robbins, S. P. e Judge, T. A. (2013). *Organizational behavior*. 15th. Pearson.
- Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology*, 21 (7), pp. 600-619.
- Santos, F. C. A. (2000). *Estratégia de recursos humanos: dimensões competitivas*. São Paulo: Atlas.
- Siqueira, M. M. M. (2008). *Medidas do Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Porto Alegre: Artmed.

Trabalhar e estudar. Um trajeto de conciliações (im)possíveis

Maria de Fátima Fernandes, Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Ciências Empresarias/Departamento de Comportamento Organizacional e Gestão de Recursos Humanos, CICS.NOVA.UÉvora, maria.fernandes@esce.ips.pt

Maria Manuel Serrano, Universidade de Évora/Escola de Ciências Sociais/Departamento de Sociologia, CICS.NOVA.UÉvora e CSG/SOCIUS-UL, mariaserrano@uevora.pt

Resumo

A condição de trabalhador-estudante está prevista no Código do Trabalho e na legislação que o regulamenta. Assim, “considera-se trabalhador-estudante o trabalhador que frequenta qualquer nível de educação escolar, bem como curso de pós-graduação, mestrado ou doutoramento em instituição de ensino, ou ainda curso de formação profissional ou programa de ocupação temporária de jovens com duração igual ou superior a seis meses”.

No contexto da economia flexível, a decisão de investir na formação e voltar a estudar, quando já se ingressou no mercado de trabalho e se constituiu família, tem várias motivações possíveis, nomeadamente: o aumento da qualificação, a conquista de um emprego mais qualificado ou a progressão no emprego atual, o aumento dos rendimentos do agregado familiar, a melhoria das condições de vida, a elevação do *status social*, ou a realização pessoal e profissional, entre outros.

O aumento da própria empregabilidade e o alcance da dignidade no trabalho, conforme estabelecido nos ODS 4 e ODS 8 da Organização das Nações Unidas (ONU) “Educação de qualidade” e “Trabalho digno e crescimento económico”, respetivamente, visam contribuir para a promoção da igualdade no acesso à educação para crianças e adultos e para a definição de políticas orientadas para o desenvolvimento de atividades produtivas e da criação de emprego digno, entre outros aspetos de igual relevância.

A presente comunicação insere-se numa investigação mais vasta, que sustenta uma tese de Doutoramento em Sociologia, e tem como objetivo identificar as motivações dos trabalhadores-estudantes, com família constituída e que concluíram uma licenciatura, para voltar a estudar. Pretende-se ainda conhecer a trajetória profissional desses trabalhadores-estudantes e determinar a influência que o investimento na sua formação superior teve na manutenção ou alteração das suas condições objetivas e subjetivas no contexto de trabalho.

Da estratégia metodológica fazem parte, entre outras técnicas de recolha de dados, a realização de 10 entrevistas semi-diretivas a atuais diplomados, que concluíram uma licenciatura na Universidade de Évora (5 entrevistas) e no Instituto Politécnico de Setúbal (5 entrevistas) e a 4 empresas, no sentido de dar resposta aos objetivos mencionados.

Palavras-chave: Trabalho, educação, conciliação trabalho, família e formação, crescimento económico, trabalho digno.

Abstract

The condition of student worker is accounted for in the Labor Code and in the legislation that regulates it. Thus, “a student worker is a worker who attends any level education, including a postgraduate, master's or doctorate course in an educational institution, or even a professional training course or a program for temporary employment for young people with a duration of equal to or greater than six months.

In the context of the flexible economy, the decision to invest in training and go back to school, when one has already entered the labor market and started a family, has several possible motivations, namely: the increase in qualification, the achievement of a more qualified job or progression in current employment, an increase in household income, the improvement in living conditions, the elevation of social status, or even personal and professional fulfillment, among others.

To increase your own employability and achieve dignity at work, as established in the United Nations (UN) SDG's 4 and 8, “Quality education” and “Decent work and economic growth”, respectively, aim to contribute to the promotion of equality in access to education for children and adults and the definition of policies oriented towards the development of productive activities and creation of decent employment, among other equally relevant aspects.

This communication is part of a wider investigation, which supports a PhD thesis in Sociology, and aims to identify the motivations of student workers, with a family, who have completed a degree and decide to go back to school. It is also intended to know the professional trajectory of these worker-students and determine the influence that the investment in their higher education had on the maintenance or alteration of their objective and subjective conditions in the work context.

The methodological strategy includes, among other data collection techniques, 10 semi-directive interviews with current graduates who have completed a degree at the University of Évora (5 interviews) and at the Instituto Politécnico de Setúbal (5 interviews) and 4 companies, in order to answer the mentioned objectives.

Keywords: work, education, conciliation of work, family, and training; economic growth, decent work.

Introdução

A investigação que sustenta esta comunicação tem como finalidade estudar as configurações, (in)conciliações e conflitos de papéis entre família e trabalho, protagonizados por indivíduos empregados, com responsabilidades familiares, que optam por investir na sua formação e qualificação tardias.

No caso específico desta comunicação, pretende-se identificar as motivações dos trabalhadores-estudantes, com família constituída, para voltar a estudar e ainda conhecer a trajetória profissional dos trabalhadores-estudantes que concluíram uma licenciatura, ou seja, determinar a influência que o investimento na formação superior teve na manutenção ou alteração das condições objetivas e subjetivas do indivíduo no contexto de trabalho.

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa em que se pretende captar as perspetivas de atuais licenciados pela Universidade de Évora e pelo Instituto Politécnico de Setúbal, face às suas vivências e experiências de vida enquanto trabalhadores-estudantes. A abordagem metodológica selecionada para a definição de uma amostra foi a amostragem por bola de neve, também designada por amostragem por redes.

Este artigo estrutura-se em seis pontos, a saber: no primeiro pretende-se fazer um esclarecimento conceptual em torno dos conceitos trabalho e educação/formação. No ponto dois define-se o estatuto de trabalhador-estudante, com base na legislação em vigor em Portugal. De seguida abordam-se os objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que dão enquadramento ao tema do artigo. Após uma breve nota sobre a metodologia utilizada, apresentam-se alguns resultados preliminares e por fim as conclusões.

Trabalho e educação/formação

O trabalho consiste numa “atividade deliberadamente concebida pelo Homem, que consiste na produção de um bem material, na prestação de um serviço ou no serviço de uma função, com o propósito de obtenção de resultados que possuam simultaneamente utilidade social e valor económico, através de dois tipos de mediação necessárias, uma técnica e outra organizacional” (Freire, 2002: 379).

O trabalho compreende uma atividade social e não individual uma vez que mesmo tratando-se de trabalho por conta própria, este faz parte de uma rede de relações socialmente construídas (Grint, 2005). Para a maioria dos indivíduos é a atividade que ocupa a maior parte das suas

vidas (Grint, 2007) e tende a ser um “elemento estruturante na constituição psicológica das pessoas e no ciclo das suas atividades diárias” (Grint, 2005: 377).

O trabalho diz respeito às condições de exercício da atividade profissional que estejam relacionadas com a organização do trabalho, a estrutura hierárquica, os salários, o conteúdo das tarefas e das funções, as oportunidades de promoção, as qualificações requisitadas, os horários exercidos, entre outros (Lurol, 2001). Engloba quaisquer atividades, quer sejam ou não remuneradas, de produção e distribuição de bens e serviços, que sejam passíveis de transação na esfera económica/concorrencial, assim como as que são efetuadas à margem de qualquer relação mercantil e que se revestem de utilidade social. Desta forma, o trabalho pode acontecer na esfera económica e no espaço doméstico, mas também decorrer de atividades cívicas e de voluntariado (Santos, 1989).

Para que exista trabalho do ponto de vista social é necessário, por um lado, que os *outputs* que decorrem dessa atividade tenham ao mesmo tempo utilidade geral, ou seja, que satisfaçam uma necessidade percebida por um considerável conjunto de pessoas e, por outro lado, que seja representativo de valor económico. Independentemente da apreciação que possa ser feita em relação às características morais, estéticas ou políticas do mérito de uma atividade “toda a produção de mercadorias e de serviços que encontra um mercado de compradores prontos a pagar o respetivo preço é produção ‘socialmente útil’ e com ‘valia económica’ (definida pelo nível monetário em que se fixa a transação)” (Freire, Rego e Rodrigues, 2014: 8).

O termo trabalho está associado à noção de emprego, quando na sociedade centrada no trabalho prevalece o trabalho remunerado (Giddens, 2008; 2007; Kovács, 2002), regular, efetuado numa empresa, baseado num vínculo contratual estável e num compromisso de longo prazo, que estrutura a autonomia e a cidadania (Kovács, 2002).

O conceito de formação, em sentido amplo, abrange todas as atividades planeadas para fornecer aos trabalhadores conhecimentos e competências que lhes possibilitem a melhoria do desempenho das suas funções. Neste sentido, a formação é um instrumento fundamental de desenvolvimento dos recursos humanos, capaz de dotar as organizações de pessoas competentes para ocupar posições chave nas organizações (Serrano, 2009).

Na atual conjuntura socioeconómico e cultural global em acelerada e constante mudança, as organizações flexíveis impõem recursos humanos flexíveis, sendo a formação um requisito elementar para o aumento dos níveis de qualificação, polivalência, responsabilização, comunicação ou trabalho em equipa (Kovács, 2002). Neste contexto, “na era moderna, a

educação e as qualificações tornaram-se uma pedra basilar para as oportunidades de emprego e de carreira. As escolas e as universidades não só alargam as mentes e as perspetivas das pessoas, mas espera-se que preparem novas gerações de cidadãos para a participação na vida económica” (Grint, 2007: 496).

O reconhecimento do papel determinante da formação na evolução das competências dos trabalhadores, em linha com a estratégia e os objetivos organizacionais de curto prazo, data de finais da década de 1980. Desde essa altura, o investimento na formação é parte integrante de uma estratégia organizacional de longo prazo, possibilitando o planeamento dos recursos humanos e o desenvolvimento das competências que permitirão às organizações fazer face às constantes mudanças que ocorrem no ambiente interno e externo e adequar-se a novos contextos (Serrano, 2009).

A decisão de investir na formação superior e voltar a estudar de forma tardia, quando já se ingressou no mercado de trabalho e se constituiu família, pode ter diversas motivações. Um estudo realizado em 2016, aplicado a 89 trabalhadores-estudantes sobre as motivações para voltar a estudar tardiamente, indica que não é somente a necessidade profissional, mas também uma forma de pró-atividade constante, cada vez mais exigida pelo mercado de trabalho, no que respeita às competências pessoais e profissionais (Pinto, 2018).

Enquadramento legal do trabalhador-estudante

O Código do Trabalho define os aspetos legais relativamente ao estatuto de trabalhador-estudantes. É notória a preocupação do legislador em definir as garantias que o estatuto de trabalhador-estudante deve proporcionar aos seus utilizadores, expressas no conteúdo dos diferentes artigos sobre esta temática, constantes na Lei 7/2009 do Diário da República de 12 de Fevereiro.

O estatuto de trabalhador-estudante está previsto no n.º1 do art.º 89 do Código do Trabalho, o qual refere que “considera-se trabalhador-estudante o trabalhador que frequenta qualquer nível de educação escolar, bem como curso de pós-graduação, mestrado ou doutoramento em instituição de ensino, ou ainda curso de formação profissional ou programa de ocupação temporária de jovens com duração igual ou superior a seis meses” (Código do Trabalho, 2022: 43).

No artigo 90.º, o legislador definiu igualmente a forma de organização do tempo de trabalho de trabalhador-estudante, sendo que o n.º1 refere que “o horário de trabalho de trabalhador-estudante deve, sempre que possível, ser ajustado de modo a permitir a frequência das aulas e

a deslocação para o estabelecimento de ensino” (Código do Trabalho, 2022: 43). O n.º 2 do mesmo artigo, refere que caso o disposto no n.º 1 não seja aplicável “(...) o trabalhador-estudante tem direito a dispensa de trabalho para frequência de aulas, se assim o exigir o horário escolar, sem perda de direitos e que conta como prestação efetiva de trabalho” (Código do Trabalho, 2022: 43).

Os números seguintes definem outros aspetos deste estatuto, dos quais destacamos o artigo 91.º que refere a duração de dispensa de trabalho para frequência de aulas, devendo ser aplicado de acordo com as necessidades do trabalhador-estudante e podendo ser utilizada de uma só vez ou de forma fracionada (Código do Trabalho, 2022: 44).

O artigo 92.º aponta outros pontos essenciais relativos ao estatuto de trabalhador-estudante, como as férias e licenças do trabalhador-estudante. Salientamos o n.º 1 do mesmo artigo que afirma que “o trabalhador-estudante tem direito a marcar o período de férias de acordo com as suas necessidades escolares, podendo gozar até 15 dias de férias interpoladas, na medida em que tal seja compatível com as exigências imperiosas do funcionamento da empresa” (Código do Trabalho, 2022: 45).

A promoção profissional do trabalhador-estudante está prevista no artigo 93.º, que menciona no n.º1 que “o empregador deve possibilitar ao trabalhador-estudante promoção profissional adequada à qualificação obtida, não sendo, todavia, obrigatória a reclassificação profissional por mero efeito da qualificação” (Código do Trabalho, 2022: 45).

Para a concessão do estatuto, “o trabalhador-estudante deve comprovar perante o empregador a sua condição de estudante, apresentando igualmente o horário das atividades educativas a frequentar”, bem como “o respetivo aproveitamento, no final de cada ano letivo” (DGES, 2022).

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu em 2015, 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que se inserem na Agenda 2030³.

Os ODS têm como base os progressos e lições aprendidas com os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, instituídos entre 2000 e 2015 e são o resultado do trabalho conjunto de governos e cidadãos de todo o mundo.

³ A Agenda 2030 é uma agenda alargada e ambiciosa que aborda várias dimensões do desenvolvimento sustentável (sócio, económico, ambiental) e que promove a paz, a justiça e instituições eficazes (Nações Unidas, 2022).

A Agenda 2030 e os 17 ODS são a visão comum para a Humanidade, pretendem ser um contrato entre os líderes mundiais e os povos e “uma lista das coisas a fazer em nome dos povos e do planeta” (Nações Unidas, 2022).

Os ODS, também conhecidos como Objetivos Globais, foram adotados pelas Nações Unidas em 2015, como um apelo universal à ação para erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir que até ao ano de 2030 todas as pessoas desfrutem de paz e prosperidade.

Os 17 ODS são integrados pois reconhecem que a ação numa área afetará os resultados noutras áreas, e que o desenvolvimento deve equilibrar a sustentabilidade social, económica e ambiental. Os ODS são projetados para erradicar a pobreza⁴, a fome⁵, os problemas de saúde pública⁶ e a discriminação contra mulheres e meninas⁷. Para alcançar os ODS em todos os contextos para os quais foram desenhados, são fundamentais a criatividade, *know-how*, tecnologia e recursos financeiros de toda a sociedade (PNUD, 2022).

Os ODS visam promover mudanças positivas no mundo do futuro para a humanidade e para o planeta. São objetivos baseados em educação de qualidade, vida na água⁸ e energia limpa e acessível⁹, dos quais salientamos: a promoção da prosperidade¹⁰ e bem-estar geral¹¹, proteção do meio ambiente¹² e mitigação das mudanças climáticas¹³.

⁴ Acabar com qualquer forma de pobreza e em todos os lugares é a vontade manifestada no ODS 1 (PNUD, 2022).

⁵ O ODS 2 intitula-se “Fome 0 e desenvolvimento sustentável” e prevê acabar com a fome, atingir a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável (PNUD, 2022).

⁶ O ODS 3 pretende assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 2022).

⁷ O ODS 5 baseia-se na igualdade de género e tem em vista alcançar a igualdade de género e acabar com todas as formas de discriminação contra mulheres e meninas em todo a parte. O ODS 10 que prevê a redução das desigualdades dentro dos países e entre eles (PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 2022).

⁸ Relativo à preocupação com os oceanos, previsto no ODS 14, com vista a conservar e garantir o uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos. O ODS 6 versa igualmente sobre a água no sentido de assegurar o a disponibilidade e a gestão sustentável da água e saneamento para todos (PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 2022).

⁹ O ODS 7 visa assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todas as pessoas (PNUD, 2022).

¹⁰ O ODS 9 – indústria, inovação e infraestruturas, ODS 11 – cidades e comunidades sustentáveis e ODS 12 – consumo e promoção responsável visam contribuir para um mundo melhor e mais próspero (PNUD, 2022).

¹¹ A promoção da prosperidade e bem-estar geral é defendido pelo ODS 16 denominado “Paz, justiça e instituições eficazes” com vista a aspetos de promoção de sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todas as pessoas e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis (PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 2022).

¹² A proteção, recuperação e promoção da utilização sustentável dos ecossistemas terrestres, assim como gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda da biodiversidade são propósitos do ODS 15 (PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 2022).

¹³ Integrar medidas da mudança do clima nas políticas, estratégias e planeamento nacional é preocupação do ODS 13 (PNUD, 2022).

Ainda que todos os ODS sejam de considerável relevância para a melhoria da qualidade de vida para a humanidade e para planeta, destacamos os ODS 4 e ODS 8 por estarem em linha com a temática do presente estudo.

O ODS 4 intitula-se “Educação de qualidade” e tem como finalidade alcançar educação de qualidade e inclusiva para todas e todos, reafirmando a crença de que a educação é uma poderosa ferramenta para o desenvolvimento sustentável. Este objetivo pretende que até 2030 todas as meninas e todos os meninos completem gratuitamente as escolas primária e secundária. Oferece também acesso igualitário e a baixo custo para formação profissional no sentido de eliminar a disparidade na riqueza e permitir alcançar o acesso universal para uma educação de qualidade (PNUD, 2022).

O ODS 8 denomina-se “Trabalho digno e crescimento económico” e tem como propósito promover o crescimento económico sustentável, aumentar os níveis de produção e a inovação tecnológica. O empreendedorismo é uma ferramenta fundamental para a criação de emprego, assim como medidas efetivas que possibilitem erradicar o trabalho forçado, a escravidão e o tráfico de seres humanos. O objetivo principal desta medida é, até 2030, alcançar o pleno emprego e o trabalho decente para todas as mulheres e para todos os homens (PNUD, 2022).

Metodologia

A natureza da investigação é predominantemente qualitativa, dado que se pretende captar as perspetivas dos atuais diplomados, antigos trabalhadores-estudantes do ensino superior da Universidade de Évora e do Instituto Politécnico de Setúbal que concluíram uma licenciatura, assim como dos responsáveis dos departamentos de recursos humanos das organizações em análise, através da técnica da entrevista.

De acordo com Fortin (2009: 32) “as questões de investigação que necessitam de uma exploração ou de uma descrição do vivido ou da experiência humana importam à investigação qualitativa”. Este tipo de metodologia tem como objetivo a descoberta, a exploração, a descrição de fenómenos e a compreensão da sua essência, ou seja, “considerar os diferentes aspetos do fenómeno do ponto de vista dos participantes, de maneira a poder, de seguida, interpretar este mesmo fenómeno no seu meio” (Parse, 1996 *cit in* Fortin, 2009: 32).

Como técnica de recolha de dados, utilizamos a entrevista que consiste numa conversa que tem como objetivo alcançar um determinado objetivo (Ghiglione e Matalon, 2005). Numa outra perspetiva, é uma forma de diálogo assimétrico no qual um dos intervenientes procura coletar dados e o outro é a fonte de informação (Gil, 2002). Segundo a perspetiva de Bisquerra (1989),

trata-se de uma conversa que se estabelece entre duas pessoas, iniciada pelo entrevistador, que tem por objetivo específico a obtenção de informação importante para o estudo a realizar.

A principal técnica de recolha de informação baseou-se nas entrevistas semi-diretivas, aplicadas a 5 trabalhadores-estudantes da Universidade de Évora e a 5 trabalhadores-estudantes do Instituto Politécnico de Setúbal, que concluíram uma licenciatura. O acesso aos entrevistados resultou da constituição de uma amostra não probabilística por bola de neve (Guerra, 2011) ou amostragem por redes (Fortin, 2009). Este tipo de amostra não se constitui de forma casual, mas tendo em conta as características específicas dos indivíduos que o investigador pretende entrevistar (Guerra, 2011).

Com o propósito de garantir o tratamento dos dados, isto é, tratar a informação que resulta das entrevistas realizadas procedeu-se à análise de conteúdo do discurso dos entrevistados. A análise de conteúdo consiste numa das técnicas de tratamento de dados atualmente mais utilizada na investigação empírica nas Ciências Sociais e Humanas (Vala, 1986), que incide sobre mensagens muito diversas, entre elas relatórios de entrevistas pouco diretivas (Quivy e Campenhoudt, 2018). Na mesma linha de pensamento, Krippendorff (1980 *cit in* Vala, 1986: 103) menciona a “análise de conteúdo como uma técnica de investigação que possibilita a realização de inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto”. Esta técnica compreende um “conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (...) extremamente diversificados (...)” (Bardin, 2011: 9).

Apresentações dos resultados preliminares

Neste ponto apresentam-se alguns resultados preliminares no que respeita às motivações dos trabalhadores-estudantes, ao seu desejo de evolução profissional e de realização pessoal e às trajetórias profissionais. Os excertos dos discursos dos entrevistados comprovam a análise efectuada.

Relativamente às motivações para trabalhar e estudar, dos 10 entrevistados, 4 afirmam que a motivação principal foi a aquisição de mais competências, aprendizagem e melhoria do desempenho:

“(...) vim um bocadinho arrastada pelo facto de o meu marido ter (...) saído do emprego...
(...) e eu achei que era interessante nós termos mais competências (...).” (ED1)
“(...) tinha expectativa de **aprender mais** (...)”. (ED9)

“(...) achei que podia melhorar o meu desempenho, tirar uma licenciatura numa área que me desse para o meu local de trabalho, que fosse minimamente interessante e que me trouxesse também mais valias no futuro em termos de profissão. (...)”. (ED8)

“(...) melhorar as minhas competências”. (ED9)

No que concerne ao desejo de evolução profissional como motivo para voltar a estudar, este aspeto é mencionado por três entrevistados:

“(...) Sim, a evolução profissional”. (ED8)

“(...) o objetivo principal era subir na carreira, ou seja, não era só tirar por tirar, mas sim realmente subir (...)”. (ED4)

“(...) basicamente era de progressão (...) profissional (...)”. (ED6)

A possibilidade de cumprir um sonho ou desejo antigo é referida por 2 entrevistados:

“(...) era um sonho meu muito antigo... (...) eu tinha que fazer (...)”. (ED2)

“(...) cumprir um desejo antigo, tinha expectativa de aprender mais (...)”. (ED9)

A par da realização a nível profissional, os indivíduos revelam ainda que o esforço de trabalhar e estudar está também ligado a objetivos de realização pessoal, como se constata pelos excertos seguintes:

“(...) para a minha realização pessoal (...)”. (ED7)

“(...) por uma questão mesmo de realização pessoal (...) uma área que me desse interesse e prazer pessoal não para nível profissional, mas para prazer pessoal (...)”. (ED10)

Para além dos três tópicos analisados - motivação, realização profissional e realização pessoal - são ainda descritas outras razões para justificar a decisão de estudar tardiamente, como por exemplo, apoiar o cônjuge, obter mais valias pessoais, compatibilizar a vida pessoal e familiar e dar o exemplo aos filhos:

“(...) dar-lhe um bocado de apoio.” (ED1)

“(...) eu pensei, vamos ver (...) eu não perco, nada, só tenho a ganhar. (...) ia com umas expetativas mesmo de fazer (...)”. (ED3)

“Era sobretudo arranjar uma área em que eu conseguisse compatibilizar a minha vida profissional e pessoal (...)”. (ED5)

“(...) para dar um exemplo à minha filha (...)”. (ED7)

A trajetória profissional dos diplomados, na sequência do investimento na formação superior enquanto trabalhadores-estudantes, verificou-se no sentido ascendente para 8 dos 10 entrevistados. Para além da conquista de uma categoria profissional de nível superior, com repercussões ao nível remuneratório e do conteúdo funcional, estes indivíduos ganharam uma posição na hierquia organizacional que lhes confere mais *staus* e maior reconhecimento em contexto de trabalho. Para além da promoção, a obtenção de uma licenciatura permitiu ainda mudar de área de trabalho, normalmente para uma área mais próxima do curso efetuado:

“Sim, evoluí por via da formação (...)”. (ED1)

“Contribuiu, a formação superior foi muito importante. (...) a única forma de poder subir. (...) este curso foi determinante. (...) Tendo terminado passei a ser remunerada e passei a ser vista com outros olhos, de outra maneira...”. (ED2)

“As funções mudaram drasticamente e desde aí tenho subido bastante (...)”. (ED4)

“Mudou, primeiro a minha área que eu passei de uma área de turismo para uma área de recursos humanos. (...) Sem dúvida. Eu nunca poderia (...) ter entrado para técnica superior, se eu não tivesse uma licenciatura”. (ED5)

“Sim, (...) senti que houve melhoria a nível profissional. (...) estava numa área cultural e fui convidada depois para passar para a área social, dentro da mesma instituição (...) que é uma área com a qual me identifico mais (...). Sim, sim, evoluí, sem dúvida”. (ED6)

“Evoluí profissionalmente (...)”. (ED7)

“Houve uma evolução profissional, passei de Assistente Técnica para Técnica Superior e pude aplicar alguns conhecimentos (...) que trazia do curso” (...) só foi possível com o curso (...)”. (ED8)

“Sim (...) comecei foi a fazer mais coisas. Eu trabalho na mesma empresa, mas comecei também a trabalhar por conta própria (...). É como se tivesse criado um segundo emprego. (...) a administração passou a solicitar-me mais coisas (...) no sentido do pensamento estratégico (...). (...) o meu crescimento na universidade foi dar-me o tal... olhar (...) deu-me ferramentas diferentes (...). Foi muito, muito importante, foi determinante”. (ED9)

De referir ainda que 2 dos entrevistados que evoluíram profissionalmente, mantêm expectativas de continuar a progredir e a evoluir mais nos seus percursos profissionais, nomeadamente a assumir funções de maior responsabilidade:

“(...) é expectável (...) que vá continuar a subir para o quadro superior e outras funções de responsabilidade”. (ED4)

“(...) espero ainda não ter parado”. (ED7)

Os motivos apresentados pelos 2 entrevistados que não evoluíram profissionalmente prendem-se com as suas próprias escolhas e algum conformismo pessoal e não por falta de iniciativa da entidade empregadora. Ainda assim, ambos reconhecem as mais valias do curso superior na aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências que permitem melhorar o seu desempenho profissional:

“Continuo com a mesma função. (...) eu sinto-me bem onde estou. Eles já me desafiaram para assumir definitivamente (...) a gestão de recursos humanos, mas (...) eu já tenho esta carreira, esta trajetória (...) é-me difícil mudar, eu gosto muito do que faço (...). (...) esta questão de formação superior, veio-me facilitar e muito o meu dia a dia de trabalho. (...)

Os conhecimentos ajudam muito, sem dúvida (...).” (ED3)

“(...) alterações houve, não em termos de progressão na carreira (...). (...) estou precisamente no mesmo sítio, até porque não depende do grau académico a progressão (...).

(...) nós escrevemos muito, relatamos muito aquilo que vimos e se eu analisar os meus relatórios antes da licenciatura e depois do meu percurso académico, não seria a mesma pessoa a fazê-los (...) e aí sim foi uma mais-valia para o serviço (...).” (ED10)

Das declarações dos entrevistados, parece poder concluir-se que embora exista sempre lugar a possíveis (in)conciliações nas esferas da família, do trabalho e da formação, as mais valias retiradas pelos trabalhadores-estudantes recorrentes da realização da licenciatura são compensadoras. É opinião consensual dos diplomados de que a formação superior lhes trouxe benefícios para o seu trabalho, com mais conhecimento, aquisição de mais competências e também para a sua vida em geral, por terem conseguido concretizar um objetivo que os levou à obtenção de melhoria das condições de vida, por via de melhores condições remuneratórias e de estatuto.

Apresentamos alguns resultados preliminares das entrevistas realizadas aos responsáveis dos departamentos de recursos humanos de 4 organizações, 2 do setor público e 2 do setor privado, 2 em Évora e 2 em Setúbal.

Recolhemos as suas perceções relativamente às motivações dos seus trabalhadores para voltar a estudar. Os responsáveis do departamento de recursos humanos de 2 das organizações referem que a motivação para voltar a estudar surge normalmente por iniciativa dos

trabalhadores, ainda que 1 delas, do setor publico, promova as ofertas formativas existentes. As outras 2, do setor publico e do setor privado, dizem ser as próprias organizações a incentivar os seus trabalhadores a prosseguir estudos, sendo que uma delas afirma que tem como prática financiar formações:

“Nós incentivamos, sim”. (...) identificar quem tem as habilitações mais baixas e tentar incentivá-las a prosseguir estudos. (...) considero e consideramos todos aqui (...) que é o mais-valia para a instituição e para as próprias pessoas, obviamente, se tiverem habilitações literárias mais elevadas. (...) é uma área que me preocupa bastante e é verdade, nós aqui internamente incentivamos os trabalhadores a estudar”. (ED1)

“(...) na maioria dos casos são os colaboradores que querem. (...)”. (ED2)

“(...) normalmente (...) parte por iniciativa do próprio trabalhador, mas como nós recebemos aqui imensa publicidade dos cursos de licenciatura e de outras áreas de pós-graduação, mestrado e doutoramento, nós publicitamos internamente essas ofertas”. (EE3)

“Temos motivado muito, temos pago e tudo, (...) temos pago formações (...)”. (EE4)

Quanto à progressão de carreira dos trabalhadores-estudantes, todas as organizações analisadas demonstram preocupação com a evolução dos percursos profissionais, dentro da organização. As 2 organizações do setor publico baseiam a progressão dos seus trabalhadores-estudantes na avaliação de desempenho. Uma das organizações do setor privado privilegia a evolução interna dos trabalhadores, considerando a existência de benefícios para a organização e para os trabalhadores. A outra organização, também do setor privado refere possuir planos de carreira e de sucessão para os seus trabalhadores:

“Esse plano de carreiras praticamente está definido na lei. A pessoa progride tendo em conta as avaliações de desempenho que tem e os pontos acumulados e assim passa para a posição remuneratória seguinte”. (ED1)

“(...) existem planos de carreira (...). (...) Portanto, a nível de carreiras (...) temos uma progressão de carreiras brutal, toda a gente tem progressão de carreiras, toda a gente tem um plano de sucessão (...)”. (ED2)

“Sim, claro. (...) sendo a progressão com base na avaliação de desempenho (...)”. (EE3)

“Sim, nós temos uma preocupação sempre, quando precisamos de uma pessoa, se houver cá alguém para um lugar superior, se houver alguém cá dentro para evoluir na empresa (...),

para nós é extremamente importante, vimos vantagens porque as pessoas já estão cá dentro.

*(...) Tem **vantagens para o próprio, para o ambiente de trabalho** (...). (EE4)*

É notório o interesse demonstrado pelos trabalhadores-estudantes em prosseguir estudos de forma tardia, sendo alguns impulsionados também pelas organizações em que trabalham. A preocupação com a progressão dos trabalhadores-estudantes está presente em todas as organizações estudadas, quer seja pelo que a lei contempla, quer seja pela visão da organização.

Conclusão

O trabalho e a família assumem posições estruturantes na vida das pessoas e a educação/formação é um fator impulsionador de desenvolvimento pessoal, profissional, organizacional e societal.

Por este motivo, procura-se compreender qual a influência que o investimento na educação/formação superior teve nas trajetórias profissionais dos entrevistados. Os resultados apontam como principais motivações dos trabalhadores para voltar a estudar a necessidade e vontade de adquirir mais competências para o desempenho profissional, com vista à evolução profissional, o sonho ou desejo antigo de terminar uma licenciatura e também por motivos da realização pessoal.

A influência que a licenciatura teve nas trajetórias profissionais dos entrevistados é distinta, tendo-se observado na sua maioria a elevação da categoria profissional com consequências positivas ao nível das recompensas, do conteúdo funcional e de um maior reconhecimento em contexto de trabalho.

Os resultados preliminares das entrevistas realizadas aos atuais diplomados do ensino superior demonstram que os motivos que conduziram à decisão de voltar a estudar de forma tardia, com vida profissional e familiar constituída, situam-se principalmente ao nível da necessidade e desejo de aquisição de mais e melhores competências, pela trajetória profissional, pelo sonho ou desejo antigo de conseguir fazer uma licenciatura e ainda por motivos de realização pessoal.

A trajetória profissional dos entrevistados é diferente no que se refere à influência que a licenciatura teve nas suas vidas profissionais. Dos 10 entrevistados, apenas 1 entrevistado mudou de organização depois de terminar a licenciatura, os restantes 9 entrevistados permaneceram na organização onde estavam antes de ingressarem no ensino superior.

No entanto, ainda que tenham permanecido na mesma organização, na grande maioria dos casos observou-se aumento das competências, melhoria no desempenho e consequentemente,

evolução na categoria profissional por via de mudança para uma função hierarquicamente superior, concedendo-lhes um mais elevado nível de *status*, melhores condições remuneratórias e maior reconhecimento no contexto de trabalho. Foram ainda referidos objetivos de realização pessoal e mais-valias pessoais e para a família.

Alguns diplomados não evoluíram na função, mas consideram que melhoraram consideravelmente competências fundamentais para o desempenho das suas funções, referindo a importância do aumento da aprendizagem.

É consensual a opinião de que, tanto a evolução profissional, como a melhoria na aquisição de conhecimentos e de competências foi possível apenas devido à realização de uma licenciatura.

Observa-se a preocupação das organizações com a progressão e evolução dos seus trabalhadores. Ainda que o interesse em prosseguir estudos de forma tardia surja frequentemente de uma vontade dos trabalhadores-estudantes, em alguns casos são impulsionados também pelas políticas organizacionais.

Bibliografia

- Bardin, Laurence. 2011. *Análise de Conteúdo*. Edições 70. 5ª edição. Lisboa.
- Bisquerra, Rafael. 1989. *Métodos de Investigación Educativa. Guía Práctica*. In Ediciones CEAC, 55–69. Barcelona.
- Código do Trabalho. 2022. *Código Do Processo de Trabalho - Lei e Processo*. Edições Almedina. 8ª edição. Coimbra.
- Direção Geral do Ensino Superior (DGES). 2022.
- Fortin, Marie-Fabienne. 2009. *Fundamentos e Etapas Do Processo de Investigação*. Editora Lusodacta. Loures.
- Freire, João; Rego, Raquel e Rodrigues, Cristina. 2014. *Sociologia Do Trabalho: Um Aprofundamento*. Edições Afrontamento. Porto.
- Freire, João. 2002. *Sociologia Do Trabalho: Uma Introdução*. Edições Afrontamento. 2ª edição. Porto.
- Ghiglione, Rodolphe e Matalon, Benjamin. 2005. *O Inquérito - Teoria e Prática*. Celta Editora. 4ª edição. Oeiras.
- Giddens, Anthony. 2007. *Sociologia*. Serviço de Educação e Bolsas Fundação Calouste Gulbenkian. 5ª edição. Lisboa.
- Giddens, Antony. 2008. *Sociologia*. Fundação Calouste Gulbenkian. 6ª edição. Lisboa, Portugal.
- Gil, António Carlos. 2002. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. Atlas Editora. 4º ed. São Paulo.
- Grint, Keith. 2007. *Sociologia Do Trabalho*. Instituto Piaget. Lisboa, Portugal.
- Grint, Keith. 2005. *The Sociology of Work*. Polity Press. 3 edição. Cambridge.
- Guerra, Isabel. 2011. *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e Formas*. Editora Princípi. Estoril.
- Kovács, Ilona. 2002. *As Metamorfoses Do Emprego: Ilusões e Problemas Da Sociedade Da Informação*. Celta Editora. Oeiras.
- Lei 7/2009 de 12 de Fevereiro. Diário da República. 2009. *Código Do Trabalho*. Assembleia Da República. Assembleia da República. 1ª série - nº 30 - 12 de fevereiro. Lisboa.
- Luro, Martine. 2001. *Le Travail Des Femmes En France: Trente Ans d'Évolution Des Problematiques En Sociologie*. Centre D'Études de l'Emploi. Document d. https://pmb.cereq.fr/doc_num.php?explnum_id=1482. Consultado em abril de 2022.
- Nações Unidas. 2022. *Centro Regional de Informação Para a Europa Ocidental*. <https://unric.org/pt/Objetivos-de-Desenvolvimento-Sustentavel/>. Consultado em maio de 2022

- Pinto, Maria Aurora da Silva. 2018. *Motivações Pessoais Para Voltar a Estudar Depois Dos 40 Anos - Implicações e Influências Na Carreira Profissional*. Conferência - Investigação E Intervenção Em Recursos Humanos, (7), 2018. <https://doi.org/https://doi.org/10.26537/iirh.vi7.2645>. Consultado em maio de 2022
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2022. *UN Development Progamme*. https://www.undp.org/?utm_source=EN&utm_medium=GSR&utm_content=US_UNDP_PaidSearch_Brand_English&utm_campaign=CENTRAL&c_src=CENTRAL&c_src2=GSR&gclid=Cj0KCQjwhqaVBhCxARIsAHK1tiOLROIVCKWTq0hMhld-RuymOiLKHTEIhfUHXX2oF1540-gIfefEFesaAtf3EALw_wcB. Consultado em maio de 2022
- Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van. 2018. *Manual de Investigação Em Ciências Sociais*. Gradiva Editora. 7ª ed. Lisboa, Portugal.
- Santos, Américo Ramos dos. 1989. *Flexibilidade Do Trabalho e Flexibilidade Da Tecnologia: Conceitos, Tipologias e Medidas*. Estudos de Economia IX(3): 325–36. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/9589/1/ee-ars-1989.pdf>. Consultado em abril de 2022.
- Vala, Jorge. 1986. A Análise de Conteúdo. In *Metodologias Das Ciências Sociais*, Edições Afrontamento, 8ª edição. Porto.

O mapa-mundo à luz dos indicadores compósitos de liberdade económica, política e social

Sandrina B. Moreira, CICE, ESCE - Instituto Politécnico de Setúbal
BRU-IUL - Business Research Unit), sandrina.moreira@esce.ips.pt

Resumo

“Paz, justiça e instituições eficazes” (ODS 16) é o objetivo da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável que está na ordem do dia com o eclodir da guerra, pela invasão da Rússia à Ucrânia. Avaliações empíricas mais aproximadas desta componente do desenvolvimento das nações podem ser encontradas na medição de aspetos como liberdade económica, democracia, ausência de corrupção e direitos humanos. A forma predileta de operacionalização de cada um desses fenómenos, inerentemente multidimensionais, passa pelo cálculo de índices que agregam, em larga medida, indicadores de natureza subjetiva ou com escalas ordinais. Neste âmbito, assumem especial proeminência os índices de liberdade económica, de direitos políticos, de liberdades civis, de liberdade dos *media* e de perceção da corrupção. O presente artigo centra-se nesses contributos mais representativos, tendo em vista a sua apresentação e discussão mais detalhada.

Palavras chave: Governança, Desenvolvimento, Medição, Indicadores compósitos, ODS 16

Abstract

"Peace, justice and effective institutions" (SDG 16) is the goal of the 2030 Agenda for Sustainable Development that is on the agenda with the outbreak of war by Russia's invasion of Ukraine. Closer empirical assessments of this component of the development of nations can be found in measuring aspects such as economic freedom, democracy, absence of corruption, and human rights. The preferred way to operationalize each of these phenomena, inherently multidimensional, is by calculating indices that aggregate, to a large extent, indicators of a subjective nature or with ordinal scales. In this context, the indexes of economic freedom, political rights, civil liberties, media freedom and perception of corruption assume special prominence. This article focuses on these most representative contributions, in order to present and discuss them in more detail.

Keywords: Governance, Development, Measurement, Composite indicators, SDG 16

Introdução

Os indicadores compósitos (ou índices) são agregações de um conjunto de indicadores. Apesar de poderem ser identificados diversos argumentos de natureza conceptual e metodológica contra a utilização de tais indicadores, existem também importantes razões para o recurso a essas medidas, das quais se destacam: (i) a capacidade de sintetizar questões complexas ou multidimensionais; (ii) a facilidade de interpretação comparativamente a uma bateria de indicadores separadamente considerados; (iii) a possibilidade de comparar o desempenho entre países e de avaliar os progressos dos países ao longo do tempo, ganhando capacidade de difusão; (iv) a capacidade de redução da dimensão da informação resultante de um conjunto eventualmente alargado de indicadores sem que a informação de base se perca (Saisana e

Tarantola, 2002). A argumentação mais forte que justifica a ampla utilização deste tipo de indicadores é, contudo, a sua multidimensionalidade, na medida em que representam medidas agregadas e relativamente simples de uma combinação de componentes de um fenómeno complexo (Booyesen, 2002).

A complexidade e multidimensionalidade dos conceitos de liberdade económica, política e social ou, simplesmente, governação, tornam a utilização de indicadores compósitos especialmente apelativa neste domínio. Contudo, definições clássicas de governação de organizações como as do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), Comissão Europeia e Banco Mundial (sintetizadas, por exemplo, em Sudders e Naham, 2004) ou da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico; Arndt e Oman, 2006) deixam claro que este conceito, além de assumir um carácter amplo, aberto e multidimensional, não conhece uma definição inequívoca e plenamente esclarecedora. Por outro lado, nos estudos de revisão da avaliação quantificada da governação (e.g. Landman e Häusermann, 2003; Munck, 2005; Teorell et al., 2009) é usual o agrupamento dos indicadores em áreas mais específicas da governação como sejam os sistemas eleitorais, a corrupção, os direitos humanos ou a qualidade da burocracia e cujas propostas de desagregação variam, porém, de autor para autor.

O presente artigo assume uma concepção lata de governação, concentrando-se na liberdade económica, política e social ou, mais concretamente, em democracia, corrupção, direitos humanos e liberdade económica. Tem como principais objetivos, por um lado, assinalar a medição compósita como uma das principais abordagens de medição no contexto em análise e, por outro, destacar os contributos mais representativos na medição compósita de cada um dos conceitos referidos, com uma aplicação empírica ao mundo atual.

O artigo encontra-se estruturado da seguinte forma. Na secção 1 expõem-se as abordagens predominantes na medição dos fenómenos da democracia, da corrupção, dos direitos humanos e da liberdade económica. Na secção 2 discutem-se as principais características da avaliação do nível de governação de países/regiões, com base nos indicadores compósitos eleitos na medição de cada um deles. A última secção apresenta algumas observações conclusivas.

Abordagens de medição da democracia, da corrupção, dos direitos humanos e da liberdade económica

Atendendo a uma visão lata e eclética do desenvolvimento das nações, reportamo-nos à dimensão do desenvolvimento que pode ser intitulada por “valores”, considerando as sub-dimensões liberdade económica e liberdade político-social, de forma a captar, de modo desagregado, estes dois tipos de “instituições”. Assim, numa lógica que traduz a postura da corrente institucionalista, atendemos ao conceito de instituições enquanto leis, normas sociais, tradições, crenças religiosas e muitas outras normas de conduta e de comportamento que guiam o comportamento racional dos indivíduos (Diniz, 2006).

De forma sintética e segundo a referência fundamental de North (1991), as instituições constituem “*humanly devised constraints that structure political, economic, and social interaction*” (North, 1991, p. 97). Neste contexto de análise, cabe estabelecer a demarcação entre os conceitos de instituições e de organizações, correspondendo estas a grupos de indivíduos associados por determinado objetivo comum. Empresas, partidos, clubes desportivos ou escolas são, portanto, exemplos deste conceito de organizações. Apesar de estas organizações dependerem das instituições existentes, i.e. do conjunto de regras vigentes, elas assumem, igualmente, um papel importante na determinação da forma como esse próprio contexto institucional evolui.

(i) Democracia

Landman e Häusermann (2003) identificam quatro principais iniciativas na medição da democracia: (i) a utilização de escalas ordinais para diferentes dimensões da democracia; (ii) a classificação de regimes políticos em categorias; (iii) a medição “objectiva” do fenómeno pelo recurso a dados baseados em informação factual; (iv) a medição das percepções sobre democracia pelo recurso a dados baseados em inquéritos à opinião pública.

No primeiro grupo de iniciativas ressaltam o índice das liberdades políticas da *Freedom House* divulgado anualmente na publicação *Freedom in the World*, além do índice *Polity* disponível na base de dados *Polity 5*. O primeiro indicador referido mede as liberdades políticas e cívicas numa escala de sete pontos, enquanto o segundo avalia o grau de democracia e autocracia numa escala de 11 pontos.

No segundo caso destaca-se a classificação dicotómica de regimes proposta por Alvarez et al. (1996) e disponível na base de dados ACLP. Para a classificação dos países em democracias ou não-democracias é estabelecido um limiar mínimo que, no caso concreto, consiste em

classificar um país como democrático sempre que os líderes políticos do executivo e legislativo sejam escolhidos por meio de eleições multipartidárias e com possibilidade efectiva de contestação, figurando a alternância do poder como prova dessa mesma contestação (Przeworski et al., 2000).

Segue-se o índice de democratização de Vanhanen (2000), a única medida “objectiva” de democracia (referida como) disponível na literatura. Participação e contestação são as duas dimensões de democracia que o autor operacionaliza com indicadores dos resultados directamente mensuráveis de eleições, respectivamente, a percentagem de eleitores que votam e a percentagem de votos do partido mais votado. A base de dados *Polyarchy* contém informação sobre o índice e as duas variáveis que o constituem.

Por último, várias são as fontes de dados que fornecem informação sobre democracia percebida. Reflexões da opinião pública sobre o estado da democracia e das instituições democráticas estão, por exemplo, disponíveis nos *Global Barometer Surveys*, no *Eurobarometer* e nos *World Value Surveys*.

(ii) Corrupção

O problema basilar na medição da corrupção está na essência do fenómeno a captar – “*it is usually a clandestine activity lacking immediate victims with an interest in reporting cases to authorities*” (Johnston e Kpundeh 2002, p. 34). Consequentemente, “*perceptions of corruption based on individuals’ actual experiences are sometimes the best, and the only, information we have*” (Kaufman et al., 2006, p. 2). Vejamos os métodos de obtenção de medidas de corrupção percebida mais recorrentes, identificando algumas das fontes de dados mais salientadas em Knack (2006).¹⁴

Surgem, primeiramente, os inquéritos com representatividade nacional dirigidos a utilizadores de serviços da administração pública, sejam as empresas ou o público em geral. No que se refere aos inquéritos à opinião pública, destacamos duas grandes abordagens: por um lado, iniciativas de medição da corrupção disponíveis em vários *household surveys* de âmbito mais alargado, caso do “*Voice of the People*” da *Gallup International*, além de outros referidos, por exemplo, no contexto da medição de democracia percebida; por outro, iniciativas como o

¹⁴ Medidas objectivas como o número de pessoas condenadas por práticas de corrupção ou o número de casos de corrupção reportados nos meios de comunicação social são *proxies* imperfeitas da dimensão do fenómeno e, provavelmente, mais indicadas para captar a prontidão e a capacidade dos governos e dos *media* no controlo da corrupção (Rydland et al., 2008).

Barómetro de Corrupção Global (GCB) da *Transparency International* que avalia, especificamente, atitudes e experiências individuais de corrupção.

Seguem-se as medidas de corrupção baseadas em avaliações de peritos produzidas por agências de classificação de risco ou provenientes de organizações inter-governamentais, não-governamentais e *think tanks*. Nesse âmbito, salientam-se os *rankings* de corrupção do *International Country Risk Guide* (ICRG) e o índice de corrupção do estudo *Nations in Transit* (NIT) da *Freedom House*.

Finalmente, os dois exemplos mais frequentemente referidos na literatura de medidas compósitas de corrupção que combinam dados provenientes de múltiplas fontes (incluindo as acima referidas, embora não se esgotando nelas) são o Índice de Percepção da Corrupção (CPI) da *Transparency International* e o Índice de Controlo da Corrupção (CCI) do Banco Mundial.¹⁵

(iii) Direitos humanos

Os direitos humanos podem desagregar-se em duas categorias genéricas: por um lado, os direitos civis e políticos que, globalmente, garantem o direito dos cidadãos a uma participação livre na sociedade civil, económica e política; por outro, os direitos económicos, sociais e culturais que, globalmente, promovem o desenvolvimento económico e social, e a identidade cultural dos cidadãos (Rydland et al., 2008). Em relação aos direitos civis incluem-se, entre outros aspectos, os seguintes: (i) direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal; (ii) direito a igual proteção da lei; (iii) direito a proteção contra prisão, detenção e exílio arbitrário; (iv) direito à liberdade de pensamento e de religião (UNDP, 2006). Por seu lado, destacam-se entre os direitos políticos o direito à liberdade de opinião e de expressão, o direito à liberdade de reunião e de associação e o direito de voto e participação política (UNDP, 2006).

No que concerne à medição dos direitos humanos, a literatura considera três principais grupos de indicadores (Landman, 2004; UNDP, 2006). Em primeiro lugar, indicadores sobre o compromisso formal dos Estados em relação aos direitos humanos – *human rights in principle* ou *de jure protection of human rights*. Em segundo lugar, indicadores que se centram nas práticas dos direitos humanos, independentemente do compromisso formal dos países na proteção dos mesmos – *human rights in practice* ou *de facto realization of human rights*. Finalmente, indicadores sobre o nível de desenvolvimento dos países usados como *proxies* para

¹⁵ O CCI é parte integrante de uma iniciativa mais ampla de produção de indicadores de governação a nível mundial. Os *Worldwide Governance Indicators* compreendem, além do referido indicador, cinco outros índices de governação: (i) Estado de direito; (ii) voz e *accountability*; (iii) estabilidade política e violência; (iv) qualidade da regulação; (v) eficácia do governo.

a proteção dos direitos humanos, designadamente económicos, sociais e culturais. As abordagens de medição dos direitos humanos mais difundidas na literatura utilizam o segundo tipo de indicadores, sobretudo ao nível dos direitos civis e políticos (Rydland et al., 2008).

As principais iniciativas na medição das práticas dos direitos humanos (civis e políticos) podem, por sua vez, ser agrupadas em função das categorias de dados usadas na análise, com destaque para as seguintes (Landman, 2004; UNDP, 2006): (i) *events-based data*, os quais compreendem o número e o tipo de violações dos direitos humanos praticadas por atores estatais e não-estatais; (ii) *standards-based data*, os quais apresentam uma determinada escala estandardizada aplicada a informação de natureza qualitativa, tipicamente, avaliada por peritos; (iii) *survey-based data*, os quais se referem às percepções da população sobre a proteção / violação dos direitos humanos.

No primeiro caso evidenciam-se os relatórios qualitativos e narrativos sobre a situação dos direitos humanos produzidos por organizações governamentais como o Departamento de Estado Norte-Americano e organizações não-governamentais como a Amnistia Internacional e a *Human Rights Watch*. Desses relatórios obtêm-se dados sobre eventos que constituem ou conduzem a violações dos direitos humanos como actos de detenção e prisão arbitrários, mortes extrajudiciais, entre outros.

Quanto aos indicadores de síntese produzidos por iniciativas que se baseiam em avaliações de peritos ou escalas estandardizadas, a ênfase está na prática dos direitos humanos por atores estatais, designadamente, o respeito pelos direitos civis e políticos em geral (*Freedom in the World* e os índices de Cingranelli e Richards / CIRI) e a liberdade dos *media* (*Freedom of the Press*) ou o respeito pelos direitos associados à integridade física (CIRI e *Political Terror Scale* / PTS), em particular. Todas essas iniciativas providenciam informação agregada e comparada sobre a frequência e o nível de violações dos direitos humanos entre países.

Por último, em relação aos inquéritos que incluem uma bateria de questões para aferir o nível de percepção sobre direitos humanos, distinguimos dois principais tipos de instrumentos: por um lado, aqueles que utilizam amostras aleatórias da população, como sejam os *World Value Surveys* ou os *Barometer Surveys*; por outro, instrumentos que selecionam amostras de pessoas informadas (equiparadas a peritos na temática) como os *World Governance Assessments*. Com os primeiros pode-se, inclusive, captar (direta ou indiretamente) experiências individuais de violações dos direitos humanos.

(iv) *Liberdade económica*

No âmbito da liberdade económica salientam-se usualmente as abordagens de medição compósita dos conceitos, das quais se destacam, por um lado, o *Economic Freedom of the World* (EFW) do Fraser Institute (Gwartney et al, 2021) e, por outro, o *index of economic freedom* da *Heritage Foundation* (Miller et al., 2022).

O *Fraser Institute* considera habitualmente que os vetores-chave da liberdade económica compreendem “*personal choice; voluntary exchange coordinated by markets; freedom to enter and compete in markets; protection of persons and their property from aggression by others*” (Gwartney e Lawson, 2009, p. 3). O índice de liberdade económica proposto pelos autores mede a consistência das políticas e instituições de uma dada nação com esta conceção do fenómeno, materializada em cinco áreas centrais, classificadas segundo uma escala que vai de 0 (liberdade económica mínima) a 10 (liberdade económica máxima): (i) dimensão do governo: despesas, impostos e empresas; (ii) estrutura legal e segurança dos direitos de propriedade; (iii) acesso sólido a moeda; (iv) liberdade de transaccionar internacionalmente; (v) regulação do crédito, do trabalho e dos negócios (Gwartney et al, 2021).

O segundo indicador de referência sobre liberdade económica é da responsabilidade da *Heritage Foundation*, em colaboração com o *Wall Street Journal*. Os autores têm definido liberdade económica da seguinte forma: “*encompasses all liberties and rights of production, distribution, or consumption of goods and services. The highest form of economic freedom should provide an absolute right of property ownership; fully realized freedoms of movement for labor, capital, and goods; and an absolute absence of coercion or constraint of economic liberty beyond the extent necessary for citizens to protect and maintain liberty itself*” (Holmes et al., 2010, p. 58).

A operacionalização do conceito referido consiste na especificação de uma estrutura dimensional composta por quatro aspectos-chave do ambiente económico e empreendedor sobre o qual os governos normalmente exercem controlo político, designadamente: (i) Estado de direito: direitos de propriedade; eficácia judiciária; integridade do governo; (ii) dimensão do governo: carga fiscal; gastos do governo; saúde fiscal; (iii) eficiência regulamentar: liberdade nos negócios; liberdade no trabalho; liberdade monetária; (iv) abertura dos mercados: liberdade comercial; liberdade de investimentos; restrições ao investimento; liberdade financeira (Miller et al., 2022). As dimensões referidas são agregadas num índice, com

resultados mais altos (numa escala de 0 a 100) a corresponderem a níveis mais elevados de liberdade económica.

Indicadores compósitos sobre liberdade económica, política e social – mapas-mundo

Na presente secção começamos por apresentar com mais detalhe os indicadores compósitos mais difundidos na literatura para cada um dos conceitos identificados na secção 1. Segue-se a apresentação, com intuito ilustrativo, dos mapas-mundo do índice de direitos políticos e liberdades civis da *Freedom House*, do índice de percepção da corrupção (CPI) da *Transparency International* e do índice de liberdade económica da *Fraser Institute*.

(i) Global Freedom Status / Freedom House

O índice das liberdades políticas da *Freedom House* é, claramente, uma referência na literatura da medição da democracia, ainda que não isento de limitações. O responsável pela produção do *Annual Survey of Freedom* entre 1973 e 1989 identifica-o como “essentially a survey of democracy” (Gastil, 1991, p. 22).¹⁶ Na Tabela 1 sintetizamos as principais características do índice referido.

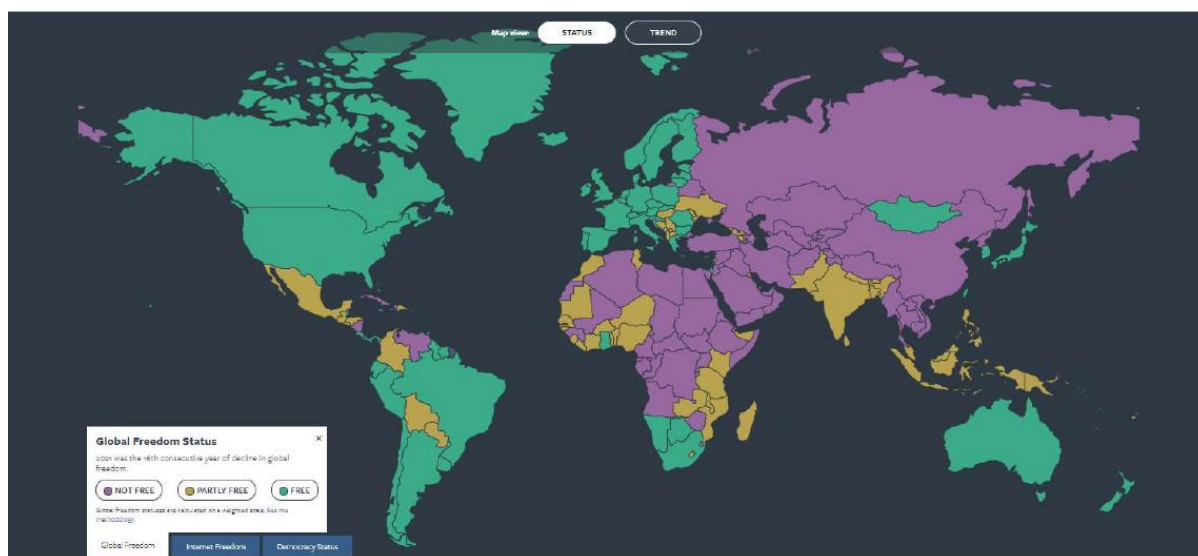
Tabela 1: Índices de democracia – Freedom House

Indicador	Índice das liberdades políticas ⁽¹⁾
Proponente	Freedom House – Freedom in the World ⁽²⁾
Dimensões	- Processo eleitoral - Pluralismo político e participação - Funcionamento do governo - Liberdade de expressão e crença - Direito de associação e organização - Estado de direito - Autonomia pessoal e direitos individuais
Metodologia	- O indicador corresponde à média dos índices “direitos políticos” e “liberdades civis”, medindo o nível de democracia. - O primeiro indicador compreende as três primeiras dimensões acima referidas e o segundo as quatro seguintes. - Ambos são apresentados numa escala de 1 (liberdade máxima) a 7 (liberdade mínima). - As questões que compõem uma dada dimensão do índice são avaliadas por peritos tendo por base informação variada, desde relatórios a visitas locais, numa escala que vai de 0 (pior) a 4 (melhor). - Os países são classificados em três grupos possíveis – livres (a média está entre 1 e 2,5), parcialmente livres (de 3 a 5) ou não-livres (de 5,5 a 7).
Observações	⁽¹⁾ <i>Freedom House Index</i> ⁽²⁾ http://www.freedomhouse.org

Os últimos dados disponíveis do índice referido estão mapeados na Figura 1.

¹⁶ Alguns autores questionam que este indicador seja utilizado como medida do nível de democracia. Contudo, o índice da *Freedom House* é também uma referência na literatura da medição dos direitos humanos. Poder-se-ia ter atendido, em complemento, ao índice de liberdade dos *media*, também da autoria da *Freedom House*. Contudo, optámos por não fazê-lo, uma vez que os últimos dados disponíveis reportam ao ano de 2017.

Figura 1: Global Freedom Status / Freedom House



Fonte: <https://freedomhouse.org/explore-the-map?type=fiw&year=2022>

Todos temos presente nas nossas memórias o 24 de fevereiro de 2022, pela invasão da Rússia à Ucrânia. O último relatório *Nations in Transit* (NIT) da *Freedom House* assinala a esse respeito que: “*If the Kremlin succeeds in subjugating a sovereign, democratic Ukraine, it will mark the first time that an authoritarian power has overthrown a freely elected national government in the region since the end of the Cold War*” (Smeltzer e Buyon, 2022, p. 1).

(ii) *Corruption Perception Index (CPI) / Transparency International*

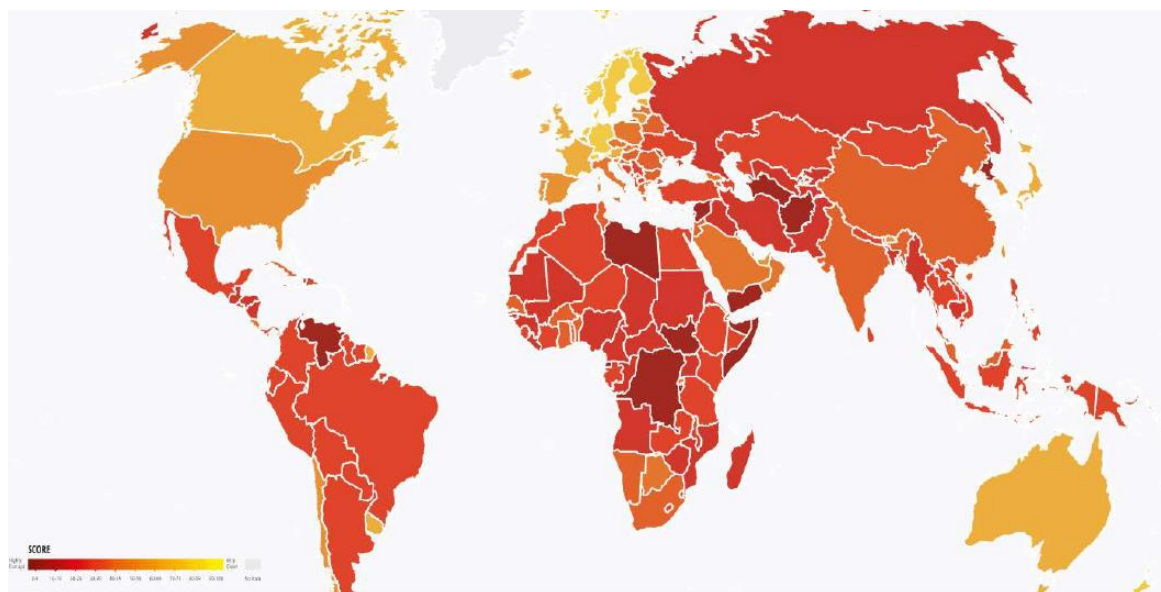
A Tabela 2 reúne os principais aspectos conceituais e metodológicos do CPI, assinalando que a variedade de fontes de dados de que depende explica, em parte, a abrangência que caracteriza a definição de corrupção nela referida.

Tabela 2: Índices de corrupção – CPI

Indicador	Índice de percepção da corrupção (CPI)
Proponente	Transparency International – TI (2009; 2022a)
Conceito subjacente	“the misuse of public power for private benefit” (TI, 2009, p. 2)
Metodologia	- O indicador é descrito como um <i>survey</i> de <i>surveys</i> , uma vez que se baseia em dados de 13 inquéritos a empresas e avaliações de peritos provenientes de 12 instituições diferentes. - Os dados referidos são estandardizados e agregados num índice que obedece a uma escala que vai de 0 (nível mais elevado de corrupção) a 100 (nível mais elevado de transparência).

A Figura 2 apresenta o mapa-mundo sobre percepção de corrupção segundo o índice referido.

Figura 2: Corruption Perception Index (CPI) / Transparency International



Fonte: <https://www.transparency.org/en/cpi/2021>

De assinalar que dois terços dos países têm uma pontuação inferior a 50, indicativo de problemas sérios de corrupção. É um dado preocupante *per se*, mas sobretudo porque os estudos evidenciam que “*as anti-corruption efforts stagnate worldwide, human rights and democracy are also under assault*” (TI, 2022b).

(iii) *Economic Freedom of the World (EFW) do Fraser Institute*

Por último, o índice publicado em *Economic Freedom of the World*, o qual mede o grau em que as políticas e instituições dos países apoiam a liberdade económica, está mundialmente espelhado na Figura 3.

Figura 3: Economic Freedom of the World (EFW) / Fraser Institute



Fonte: <https://www.fraserinstitute.org/studies/economic-freedom-of-the-world-2021-annual-report>

Como se pode observar, os países com melhor classificação são, essencialmente, economias desenvolvidas; encontramos, assim, no top-10: (i) Hong-Kong; (ii) Singapura; (iii) Nova Zelândia; (iv) Suíça; (v) Geórgia; (vi) EUA; (vii) Irlanda; (viii) Lituânia; (xix) Austrália; (x) Dinamarca (Fraser Institute, 2021). Por outro lado, o próprio relatório realça, com base em indicadores de pobreza, esperança de vida e PIB *per capita* que “*nations that are economically free out-perform non-free nations in indicators of well-being*” (Fraser Institute, 2021).

Conclusão

A governação é um fenómeno que se caracteriza pela sua complexidade e pela multidimensionalidade do seu conteúdo. Consequentemente, a sua avaliação requer o recurso a indicadores que consigam captar, em termos quantificados, essa mesma multidimensionalidade. É neste contexto que ganha destaque a utilização de indicadores compósitos para a avaliação da governação ou de elementos multifacetados que o constituem. Este tipo de indicadores tem como vantagem mais assinalável o facto de sintetizarem um volume extenso de informação referente às várias dimensões que caracterizam um determinado fenómeno complexo.

Os diferentes indicadores compósitos analisados neste artigo representam os exemplos mais consolidados na literatura de índices sobre aspectos fundamentais da governação, designadamente democracia, corrupção, direitos humanos e liberdade económica. Como denominador comum, as medidas apresentadas agregam avaliações qualitativas dos fenómenos em análise realizadas por peritos ou pelos próprios autores de determinadas medidas. A amplitude das escalas de avaliação utilizadas é diversificada e, nessa medida, a comparabilidade dos resultados fica dificultada. Excepção feita ao índice da *Freedom House*, nas várias medidas de carácter subjectivo consideradas, o valor mais baixo corresponde ao pior resultado e o valor mais elevado ao melhor resultado.

Apesar das iniciativas de medição agregada dos quatro conceitos referidos partilharem entre si elementos ligados de forma inextricável, estamos perante conceitos não equivalentes, na medida em que apresentam também características exclusivas. Ainda assim, os mapas-mundo apresentados assinalam uma associação entre ausência de corrupção, proteção dos direitos humanos e democracia e entre liberdade económica e o nível de desenvolvimento das nações. Naturalmente, essa abordagem de medição que apela ao uso de índices pode ser complementada por uma leitura mais desagregada e mais “fina” dos níveis de democracia,

corrupção, direitos humanos e de liberdade económica, permitindo, assim, uma percepção mais completa de uma parte importante do complexo puzzle da governação das nações.

Bibliografia

- Alvarez, M., Cheibub, J. A., Limongi, F., & Przeworski, A. (1996). Classifying political regimes. *Studies in Comparative International Development*, 31(2), 3-36.
- Arndt, C. & Oman, C. (2006). *Uses and Abuses of Governance Indicators*. Paris: OECD Development Centre.
- Booyesen, F. (2002). An Overview and Evaluation of Composite Indices of Development. *Social Indicators Research*, 59, 2, 115-51.
- Diniz, F. (2006), *Crescimento e Desenvolvimento Económico: Modelos e Agentes do Processo*, Lisboa: Edições Sílabo.
- Gastil, R. D. (1991). “The Comparative Survey of Freedom: Experiences and Suggestions”. In Inkles, A. (ed.). *On Measuring Democracy: Its Consequences and Concomitants*. New Brunswick and London: Transaction.
- Gwartney, J. & Lawson, R. (2009). *Economic Freedom of the World: 2009 Annual Report*. Vancouver, B.C.: Fraser Institute.
- Gwartney, J., Lawson, R., Hall, J. & Murphy, R. (2021). *Economic Freedom of the World: 2021 Annual Report*. Vancouver, B.C.: Fraser Institute.
- Fraser Institute (2021). *Economic Freedom of the World: 2021 Annual Report*. Fraser Institute, disponível em: <https://www.fraserinstitute.org/studies/economic-freedom-of-the-world-2021-annual-report>.
- Holmes, K. R., Feulner, E. J. & O’ Grady, M. A. (2010). *2010 Index of Economic Freedom*. Washington D.C., New York: The Heritage Foundation and Dow Jones & Company, Inc.
- Johnston, M. & Kpundeh, S. J. (2002). The Measurement Problem: A Focus on Governance. *Forum on Crime and Society*, 2, December, 33-44.
- Kaufmann, D., Kraay, A. & Mastruzzi, M. (2009). Governance Matters VIII: Aggregate and Individual Governance Indicators – 1996–2008. Policy Research Working Paper No. 4978, World Bank.
- Kaufmann, D., Kraay, A. & Mastruzzi, M. (2006). Measuring Corruption: Myths and Realities. *Development Outreach*, September, 37-41.
- Knack, S. (2006). Measuring Corruption in Eastern Europe and Central Asia: A Critique of the Cross-country Indicators. Policy Research Working Paper No. 3968, World Bank.
- Landman, T. (2004). Measuring Human Rights: Principle, Practice, and Policy. *Human Rights Quarterly*, 26, November, 906-31.
- Landman, T. & Häusermann, J. (2003). *Map-making and Analysis of the Main International Initiatives on Developing Indicators on Democracy and Good Governance*. Report prepared for Eurostat, Human Rights Centre, University of Essex.
- Miller, T., Kim, A.B. & Roberts, J.M. (2022). *2022 Index of Economic Freedom*. Washington D.C.: The Heritage Foundation.
- Munck, G. L. (2005). “Measuring Democratic Governance: Central Tasks and Basic Problems”. In Narayan, D. (ed.). *Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives*. Washington D.C.: World Bank.
- North, D. (1991), Institutions, *Journal of Economic Perspectives*, 5, 1, 97-112.
- Przeworski, A., Alvarez, M., Cheibub, J. A. & Limongi, F. (2000). *Democracy and Development: Political Institutions and Well-Being in the World: 1950-1990*. Cambridge University Press.
- Rydland, L. T., Arnesen, S. & Ostensen, A. G. (2008). *Contextual Data for the European Social Survey: An Overview and Assessment of Extant Sources*. Rapport No. 124, Norwegian Social Science Data Services.
- Saisana, M. & Tarantola, S. (2002). *State-of-the-art Report on Current Methodologies and Practices for Composite Indicator Development*. Joint Research Centre, European Commission.
- Smeltzer, M. & Buyon, N. (2022), *Nations in Transit 2002 - From Democratic Decline to Authoritarian Aggression*, Washington D.C.: Freedom House.
- Sudders, M. & Naham, J. (2004). *Governance Indicators: A Users’ Guide*. Report prepared for the United Nations Development Programme and Eurostat.

- Teorell, J., Charron, N., Samanni, M., Holmberg, S. & Rothstein, B. (2009). *The Quality of Government Dataset*. version 17, The Quality of Government Institute, Gothenburg University.
- TI (2009). *Transparency International Corruption Perceptions Index 2009: Methodological Brief*. Transparency International.
- TI (2022a). *Corruption Perceptions Index 2021: Short Methodology Note*. Transparency International.
- TI (2022b). *Corruption Perceptions Index 2021*. Transparency International, disponível em: <https://www.transparency.org/en/cpi/2021>.
- UNDP (2006). “Indicators for Human Rights Based Approaches to Development”. In UNDP Programming (ed.). *A Users’ Guide*. New York: Bureau for Development Policy, Democratic Governance Group, United Nations Development Programme.
- Vanhanen, T. (2000). A New Dataset for Measuring Democracy: 1810-1998. *Journal of Peace Research*, 37, 2, 251-65.

A estrutura organizacional e os seus atores - modelo de governabilidade das organizações da economia social

Ana Costa, Universidade de Évora, ana.d.costa@sapo.pt

Maria Manuel Serrano, Universidade de Évora, mariaserrano@uevora.pt

Resumo

Promover o crescimento económico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e o trabalho digno para todos, constitui um dos objetivos de desenvolvimento sustentável da Agenda 2030 da ONU, no âmbito socioeconómico (ODS 8). Num contexto socioeconómico e cultural instável, imprevisível e em constante mudança, as organizações da economia social não escapam aos processos de mudança e à necessidade de desenvolver capacidades de adaptação às contingências ambientais. Os processos de mudança e o desenvolvimento de capacidades de adaptação requerem, das organizações da economia social, estruturas flexíveis e competências específicas aos seus atores para desenvolver e implementar estratégias de governabilidade sustentáveis. De facto, à estrutura organizacional e aos atores, colocam-se grandes desafios, nomeadamente, a capacidade de sobrevivência num ambiente competitivo, assegurar a continuidade da sua missão institucional, assegurar a captação de recursos e alcançar a sustentabilidade organizacional, devendo os modelos de gestão e de governabilidade responder de forma adequada ao desenvolvimento das atividades que constituem a sua natureza social (Colette, 2008). Esta comunicação, tem como objetivo caracterizar a estrutura organizacional e os atores das organizações sociais, no caso concreto das Santas Casas da Misericórdia do Distrito de Évora. A análise do modelo de governabilidade e das práticas de gestão, contribuirá para a construção de um quadro de otimização das suas práticas de governabilidade, nas dimensões económica e social.

Palavras chave: Estruturas, Atores, Governabilidade, Economia Social.

Abstract

Promoting inclusive and sustainable economic growth, full employment and decent work for all is one of the sustainable development goals of the UN 2030 Agenda, in the socio-economic context (SDG 8). In an unstable, unpredictable and constantly changing socio-economic and cultural context, organizations of the social economy do not escape the processes of change and the need to develop capacities to adapt to environmental contingencies. The processes of change and the development of adaptive capacities require, from social economy organizations, flexible structures and specific skills for their actors to develop and implement sustainable governance strategies. In fact, the organizational structure and the actors face major challenges, namely, the ability to survive in a competitive environment, ensure the continuity of its institutional mission, ensure the gathering of resources and achieve organizational sustainability, and management models and governance must respond adequately to the development of activities that constitute its social nature (Colette, 2008). This communication aims to characterize the organizational structure and actors of social organizations, in the specific case of Santas Casas da Misericórdia in the District of Évora. The analysis of the governance model and management practices will contribute to the construction of a framework for the optimization of its governance practices, in the economic and social dimensions.

Keywords: Structures, Actors, Governability, Social Economy.

Introdução

Promover o crescimento económico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e o trabalho digno para todos, constitui um dos objetivos de desenvolvimento sustentável da Agenda 2030 da ONU, no âmbito socioeconómico. O objetivo 8 – trabalho decente e crescimento económico – pretende promover o crescimento económico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo, e o trabalho digno para todos. O crescimento económico sustentado e sustentável dos países considera a aplicação de uma taxa de crescimento que permita a sua manutenção ao

longo do tempo. O equilíbrio entre os investimentos e o seu impacto no orçamento dos países, com relevância para a inflação, está diretamente relacionado com a sustentabilidade do crescimento e a otimização dos recursos que deve ter sempre em consideração as gerações futuras. Este objetivo 8 – trabalho decente e crescimento económico – também direciona a sua atuação para os indivíduos que promovem este crescimento, nomeadamente através do emprego pleno e produtivo e do trabalho decente.

O direito ao trabalho é um direito previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e que se relaciona com a dignidade da pessoa humana. Considerando esse direito universal, o emprego pleno é uma premissa que deveria ser efetiva. Já o trabalho decente é de extrema importância, termo cunhado pela Organização Internacional do Trabalho que se baseia na promoção e cumprimento dos direitos fundamentais no trabalho, remuneração, emprego digno e no diálogo profícuo entre empregadores e trabalhadores.

É precisamente neste tópico que se âncora o presente artigo, o qual aborda a estrutura organizacional e os seus atores - modelo de governabilidade das organizações da economia social. Num contexto socioeconómico e cultural instável, imprevisível e em constante mudança, as organizações da economia social não escapam aos processos de mudança e à necessidade de desenvolver capacidades de adaptação às contingências ambientais. Os processos de mudança e o desenvolvimento de capacidades de adaptação requerem, das organizações da economia social, estruturas flexíveis e competências específicas aos seus atores para desenvolver e implementar estratégias de governabilidade sustentáveis. De facto, à estrutura organizacional e aos atores, colocam-se grandes desafios, nomeadamente, a capacidade de sobrevivência num ambiente competitivo, assegurar a continuidade da sua missão institucional, assegurar a captação de recursos e alcançar a sustentabilidade organizacional, devendo os modelos de gestão e de governabilidade responder de forma adequada ao desenvolvimento das atividades que constituem a sua natureza social (Colette, 2008).

Este artigo tem como objetivo caracterizar a estrutura organizacional e os atores das organizações sociais, no caso concreto das Santas Casas da Misericórdia do Distrito de Évora. A análise do modelo de governabilidade e das práticas de gestão, contribuirá para a construção de um quadro de otimização das suas práticas de governabilidade, nas dimensões económica e social. No que concerne aos aspetos metodológicos, foram realizados 15 estudos de caso, num total de 21 Santas Casas da Misericórdia do Distrito de Évora. A informação de natureza qualitativa foi recolhida através da realização de 15 entrevistas semiestruturadas aos dirigentes

das organizações. Foi também entrevistado o dirigente da União das Misericórdias Portuguesas (UMP), dado que representa as misericórdias a nível nacional. O guião da entrevista estruturou-se nos seguintes tópicos: serviços e atividades, modelo de governabilidade, recursos humanos, fontes de financiamento, *accountability*, sustentabilidade, *stakeholders* e economia social.

O modelo de governabilidade das organizações da economia social

Do ponto de vista da sua natureza jurídica, estas organizações são irmandades da misericórdia, equiparadas a instituições particulares de solidariedade social (IPSS), com uma filiação associativa/representatividade a cargo da União das Misericórdias Portuguesas.

As Santas Casas da Misericórdia encontram-se sujeitas ao regime especial decorrente do Compromisso celebrado entre a União das Misericórdias Portuguesas e a Conferência Episcopal Portuguesa. No Compromisso define a estrutura organizativa das misericórdias (órgãos sociais), que compreende a mesa administrativa, a mesa da assembleia geral e o conselho fiscal. A mesa administrativa é o órgão de administração, com função de gestão e representação. A assembleia geral é o órgão deliberativo e tem a função primordial de garantir o funcionamento democrático das misericórdias. O conselho fiscal é o órgão responsável pela fiscalização das misericórdias e a sua função compreende garantir o cumprimento da lei e do respetivo compromisso.

As organizações sociais em estudo identificaram como áreas de atuação primordiais, a população idosa, a infância/juventude e a comunidade. Desta referenciação é possível verificar que todas as misericórdias de forma transversal apresentam na sua área de intervenção a população idosa, numa abrangência geográfica maioritariamente concelhia.

O modelo de governabilidade é influenciado por fatores como a missão, o território de atuação e a dimensão da estrutura organizacional.

Numa primeira análise foram identificados 3 modelos de governabilidade:

- i) Modelo de liderança democrático – é um modelo participativo na medida em que a gestão de topo procura auscultar os trabalhadores da misericórdia antes de definir a sua estratégia organizacional. É valorizado o envolvimento de toda a estrutura no processo estratégico;

- ii) Modelo de liderança autocrático – é um modelo rígido, onde a definição da estratégia é definida de forma unilateral pela gestão de topo. Esta orienta e controla todo o funcionamento da estrutura de modo a obter estabilidade, segurança e a previsibilidade dos processos;
- iii) Modelo de governabilidade em transição – é um modelo que apresenta alguns indicadores comuns a ambos os modelos anteriores. O processo de comunicação e decisão estratégica está concentrado entre a gestão de topo e os patamares hierárquicos da organização, proporcionando um ambiente colaborativo controlado entre toda a estrutura organizativa, onde a comunicação e a partilha de informação são importantes na definição da estratégia organizativa, no entanto é necessário alargar ao todo essa comunicação, partilhando a informação, envolvendo todos os trabalhadores no processo de definição estratégica.

A estrutura organizacional e os seus atores

Aliado ao modelo de governabilidade e à estrutura organizativa, encontra-se uma outra dimensão cuja base de incidência são as pessoas que constituem a estrutura de decisores, que no caso concreto das misericórdias corresponde aos elementos pertencentes aos órgãos sociais, nomeadamente da assembleia geral, conselho fiscal e mesa administrativa.

Os resultados obtidos, ainda que preliminares, evidenciam alguns elementos que irão permitir traçar o perfil da gestão de topo destas organizações, que consignam os principais atores na definição da estrutura organizacional e do modelo de governabilidade, como por exemplo: apresentam significativa longevidade na função; 9 dos 15 entrevistados encontram-se na faixa etária entre os 45 e 65 anos; prevalece a formação académica superior; prevalência do vínculo voluntário.

Os processos de mudança, de desenvolvimento e de capacitação exigem, das organizações da economia social, um planeamento estratégico baseado na definição de objetivos e de ações de curto, médio e longo prazo, para que as organizações da economia social encontrem o seu posicionamento no seu território de atuação, apoiando-se em estruturas flexíveis e nas competências específicas dos seus atores para desenvolver e implementar estratégias de governabilidade sustentáveis. O carácter voluntário e as disponibilidades flutuantes da gestão de topo destas organizações sociais, não garante uma periodicidade fixada para a sua permanência na organização. Esta realidade é ainda mais acutilante quando falamos das mesas administrativas, que são órgãos de administração responsáveis pela definição, implementação e avaliação dos objetivos estratégicos, o que suscita constrangimentos em relação à eficácia do

processo de decisão e avaliação do seu impacto na estrutura organizacional e na forma de administração/governabilidade das misericórdias.

Conclusão

A parca disponibilidade dos elementos que compõem a gestão de topo, na sua maioria voluntários ainda a exercer atividade profissional a tempo completo, e a longevidade na função, impede que a gestão de topo seja um órgão efetivamente presente no dia a dia da organização. Este aspeto direciona estas organizações sociais para uma ação na resposta imediata e operacional aos problemas da sociedade, focando-se no cumprimento das suas missões sociais, vetores basilares de atuação para a sustentabilidade.

Os processos de mudança, de desenvolvimento e de capacitação exigem, das organizações da economia social, um planeamento estratégico baseado na definição de objetivos e de ações de curto, médio e longo prazo, para que as organizações da economia social encontrem o seu posicionamento no seu território de atuação, apoiando-se em estruturas flexíveis e nas competências específicas dos seus atores para desenvolver e implementar estratégias de governabilidade sustentáveis.

Bibliografia

- Blake, R. R., & Mouton, J. S. (1981). *Management by Grid® principles or situationalism: Which?* Group & Organization Studies, 6(4), (439- 455).
- Carvalho, A. e Braga, A. (2010). *Os Modelos de Governance nas Non profit Organizations de Atuação Local: uma Revisão de Literatura*. 16º Congresso da APDR, Funchal – Madeira, (1810-1811).
- Carvalho, Luísa Margarida Cagica [et al.].2020. *Gestão das organizações: uma abordagem integrada e prospetiva*. 2ª ed rev e melhorada. 2.ª imp. Lisboa: Sílabo, (190 - 192).
- Claro, P. B. de O, Claro, D. P. & Amâncio, R. (2008, outubro/dezembro). *Entendendo o conceito de sustentabilidade nas organizações*. Revista de Administração (RAUSP), 43(4), (289-300).
- Collette, Christine; Pigé, Benoît (2008). “*Economie sociale et solidaire: gouvernance et contrôle*”. Paris: Dunod. (75-87)
- Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1982). *Grid® Principles and Situationalism: Both! A Response to Blake and Mouton*. Group & Organization Studies, 7(2), (207–210).
- Meneses, J. W. (2016). *Gestão de Organizações e criação de valor partilhado*. Lisboa: Universidade Católica Editora. (260)

Diagnóstico social e objetivos de desenvolvimento sustentável: educação e emprego no município de Palmela

Anabela Franqueira, ESCE-IPS, anabela.franqueira@esce.ips.pt

Célia Quintas, ESCE-IPS, celia.quintas@esce.ips.pt

José Rebelo dos Santos, ESCE-IPS, jose.rebelo@esce.ips.pt

Resumo

O Desenvolvimento Sustentável consubstanciado em 17 objetivos (ODS), constitui uma preocupação central no âmbito das sociedades do mundo contemporâneo. Com efeito ninguém pode ficar indiferente à conjugação de esforços, visando erradicar ou diminuir consideravelmente a pobreza e a fome, ao mesmo tempo que promove a qualidade na saúde e na educação, a igualdade de género, o trabalho digno e a diminuição das desigualdades num mundo que se quer também ambientalmente sustentável. O objetivo da presente comunicação é apresentar alguns dados estatísticos que permitam compreender as dinâmicas sociais no município de Palmela, concretamente no que respeita ao emprego e educação. Para o efeito, recorremos a uma metodologia quantitativa com base em fontes secundárias (Instituto Nacional de Estatística, em especial Censos 2011 e 2021, entre outras). Os dados recolhidos permitem aferir que a nível educacional houve uma evolução muito expressiva, nomeadamente na melhoria das qualificações da população, e no número de detentores de uma habilitação de nível superior. No que concerne ao emprego/desemprego verifica-se uma diminuição sustentada do número de desempregados e um aumento da taxa de atividade, nomeadamente feminina. Estas dinâmicas ajudam a explicar o crescimento demográfico entre 2011 e 2021, em contraciclo com o decrescimento populacional a nível nacional.

Palavras chave: ODS, Emprego, Educação, Palmela

Abstract

Sustainable development embodied in 17 objectives (SDGs) is a central concern within societies in the contemporary world. In fact, no one can remain indifferent to the combination of efforts, in order to eradicate or considerably reduce poverty and hunger, while promoting quality in health and education, gender equality, decent work and reducing inequalities in a world that is also environmentally sustainable. The aim of this communication is to present some statistical data to understand the social dynamics in the municipality of Palmela specifically with regard to employment and education. To this end, we used a quantitative methodology based on secondary sources (National Institute of Statistics, especially Censuses 2011 and 2021 and DGEES, among others). The data collected make it possible to assess that at the educational level there has been a very significant development, in particular in improving the qualifications of the population, and in the number of holders of a higher education qualification. As regards employment/unemployment there is a sustained decrease in the number of unemployed and an increase in the activity rate, particularly women. These dynamics help explain population growth between 2011 and 2021, in countercycle with population degrowth at national level.

Keywords: SDGs, Employment, Education, Palmela

Introdução

As preocupações genericamente com o social mas também com sociedades mais desenvolvidas com menor desigualdade e mais sustentáveis entraram definitivamente na agenda do mundo ou pelo menos das sociedades que tenham algumas condições para alterar a ordem estabelecida. A União Europeia, Portugal, as suas regiões e os seus municípios estão sincronicamente a planear um futuro melhor que o presente, mais sustentável e mais equitativo.

Este planeamento é participado e resulta, no caso dos municípios, de um trabalho conjunto que envolve entidades públicas e privadas do setor social, ligadas entre si no âmbito das redes sociais (plataforma que visa promover um trabalho colaborativo e integrado).

O objetivo do presente artigo é apresentar alguns dados estatísticos, que permitam compreender as dinâmicas sociais no município de Palmela em geral e de forma mais aprofundada nas áreas da educação e emprego, tendo em conta o seu papel catalisador do desenvolvimento social em muitas outras áreas. Discutir hoje o social é indissociável da sua análise à luz dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Recorde-se que a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU) corresponde a 17 ODS e foi aprovada em setembro de 2015 por 193 estados-membros (BCSD Portugal, sd, in <https://www.ods.pt>).

A concretização desse objetivo pressupõe um olhar particular em relação aos seguintes ODS por se relacionarem mais diretamente com a Educação e o Emprego: ODS 1 - Erradicar a Pobreza, ODS 2 - Erradicar a Fome, ODS 4 – Educação de Qualidade, ODS 8 – Trabalho Digno e Crescimento Económico, ODS 10 – Reduzir as Desigualdades, ODS 17 – Parcerias para a Implementação dos Objetivos.

Para o efeito, recorreremos a uma metodologia quantitativa com base em fontes secundárias (Instituto Nacional de Estatística, em especial Censos 2011 e 2021, entre outras).

A nível de estrutura considerámos três pontos principais:

Um primeiro ponto de enquadramento remetendo para uma reflexão em torno dos conceitos de “rede social” e de “objetivos do desenvolvimento sustentável” e; um segundo onde se caracteriza sucintamente o Município de Palmela e se apresentam alguns indicadores relativos à educação e ao emprego na sua área de influência.

Finalmente no terceiro ponto relacionam-se indicadores com os ODS.

Enquadramento: do diagnóstico social à rede social

“A crescente participação dos atores económicos e sociais nas políticas de desenvolvimento advém de uma certa conceção de gestão da esfera pública que apela à participação dos atores e ao reconhecimento de que cada projeto de mudança social engendra energias positivas para a mudança nos atores envolvidos” (Guerra, 2005: 15).

A ação social corresponde no contexto europeu à área das políticas sociais com maior expressão local colocada na esfera dos municípios (Guerra, 2008, referida por Costa, Proença

& Proença, 2019). A razão prende-se com as vantagens de políticas de proximidade e aproximando as decisões dos próprios problemas, promovendo a coesão territorial e capacitando para mobilizar e gerir recursos e melhorar a qualidade dos serviços prestados às populações mais em consonância com as suas especificidades (Costa *et al.*, 2019).

O diagnóstico social corresponde a um instrumento de grande utilidade para inventariar o que existe nesse domínio numa dada região. Permite confrontar as infraestruturas e valências disponibilizadas com as reais necessidades da região em análise no presente, mas também, numa lógica prospetiva, constituindo o ponto de partida para o Planeamento de Intervenções Sociais. É, pois, de enorme relevância para o planeamento regional. Por essa razão passou a ser realizado primeiro de forma *Ad hoc* e muito diversificada nos municípios portugueses e posteriormente de modo menos “provisório” e mais estruturado.

No âmbito de qualquer projeto social podem considerar-se várias etapas (Guerra, 2007, referida por Fialho, Silva & Saragoça, 2020):

- a 1ª etapa corresponde à “emergência” do projeto” como resultado de uma vontade de agir face a uma presumível necessidade e alocação de recursos que viabilizem a sua realização;
- a 2ª etapa é a caracterização e análise da situação e a realização do diagnóstico permitindo perceber tanto o presente como o futuro desejado;
- a 3ª etapa consiste em desenhar o plano de ação, ou seja, o percurso a percorrer para passar da situação presente para a situação correspondente ao futuro desejado;
- a 4ª etapa é a operacionalização do planeado, pressupõe executar e monitorizar em permanência a execução.

A fase de diagnóstico assume uma importância capital, pois em função do(s) problema(s) identificado(s) vai ser concebido um plano que contribua para minimizar / erradicar o problema e caminhar para a situação que se preconiza (situação desejada).

Assim sendo, um diagnóstico mal elaborado irá ter como consequência a elaboração de um plano de intervenção desajustado. É por essa razão que o diagnóstico social deve ser construído com os contributos de todos os agentes envolvidos, nomeadamente dos representantes das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Fundações e outras organizações que desenvolvam atividades de caráter social. Trata-se, portanto, de um instrumento que logo à partida pressupõe um planeamento participado que permite uma visão partilhada dos problemas sociais (Costa *et al.*, 2019) e, presumivelmente, da forma de os resolver.

A identidade destas organizações do setor social (ou terceiro setor) não se esgota na produção, distribuição, troca e consumo de bens e serviços, estando a sua origem associada a uma dimensão política, social e cultural como refere Ferreira (2019). “O interconhecimento entre as pessoas que habitam determinados bairros urbanos, aldeias, freguesias, concelhos, etc., permitiram a junção e a interação relacional de prospeção de necessidades de produção, distribuição, troca e consumo de bens e serviços” (Ferreira, 2019:130).

A operacionalização em permanência da auscultação destas instituições é de maior ou menor complexidade, dependendo da sua expressão quantitativa numa dada região. Para agilizar foi criado o Programa “rede social”, que enquanto modo de funcionamento está em linha com os ODS 17.

“As redes são relações sociais que se materializam em laços entre uma multiplicidade de atores sociais” (Fialho, Saragoça, Baltazar & Santos, 2018: 20). As redes sociais correspondem a “redes de comunicação e interação que envolvem uma linguagem simbólica, limites culturais e as relações de poder” (Fialho *et al.*, 2018:23). O Programa “Rede Social”, não obstante as suas especificidades, corresponde a estas redes de comunicação e de interação.

As redes sociais e o seu papel no desenvolvimento local

O Programa “Rede Social” foi criado pela Resolução do Conselho de Ministros 197/97, de 18 de novembro, tendo sido implementado, experimentalmente desde o início do ano 2000 (Castro, sd). A flexibilidade tanto na concretização dos seus objetivos como em termos metodológicos e formas de organização constituem algumas das características a destacar (Castro, sd). Para além destas características podemos considerar que, pela sua conceção e natureza, a rede social se aproxima do ODS 17 – Parcerias para a Implementação dos Objetivos, como já foi referido. Com efeito e de acordo com o Núcleo da Rede Social do Instituto para o Desenvolvimento Social (2001:12) aquando da sua criação foi assim definido: “fórum de articulação e congregação de esforços baseado na adesão livre por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que nela queiram participar. Estas entidades deverão concertar os seus esforços com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão e à promoção do desenvolvimento social”. Em termos de organização, devem criar-se “Comissões Sociais de Freguesia (CSF) e Conselhos Locais de Ação Social (CLAS), enquanto formas organizativas concretas que materializam a Rede Social, constituindo plataformas de planeamento e coordenação da intervenção social, respetivamente, a nível de freguesia e concelho” (Ibid:12).

Como já referimos “foi criada através da Resolução do Conselho de Ministros N.º 197/1997, de 18 de novembro, e da Declaração de Retificação N.º 10-O/1998. Posteriormente foram publicados o Despacho Normativo N.º 8/2002, de 12 de fevereiro, e o Decreto-Lei N.º 115/2006, de 14 de junho. A gestão, dinamização, acompanhamento e avaliação do Programa Rede Social é da competência do Instituto da Segurança Social (ISS)” (Instituto de Segurança Social, 2019: sp).

“A Rede Social é um programa que incentiva os organismos do setor público (serviços desconcentrados e autarquias locais), instituições solidárias e outras entidades que trabalham na área da ação social a conjugarem os seus esforços para prevenir, atenuar ou erradicar situações de pobreza e exclusão e promover o desenvolvimento social local através de um trabalho em parceria” (Instituto de Segurança Social, 2019: sp).

“Para atingir os objetivos da Rede Social o Programa propõe uma estratégia participada de planeamento cujos instrumentos fundamentais são o Diagnóstico Participado, o Plano de Desenvolvimento Social e os Planos de Ação” (Instituto de Segurança Social, 2019: sp).

Genericamente a ideia é fazer um retrato comum da situação social concelhia, com base nos contributos das várias entidades com intervenção na área do concelho permitindo identificar prioridades de intervenção. Esse retrato sustentará a construção de um Plano de Desenvolvimento Social (PDS) em que estejam inscritos os objetivos e estratégias de intervenção definidos para um quadro temporal alargado (cerca de três anos) e sejam planeadas as formas de operacionalização do PDS tendo em linha de conta um horizonte temporal mais curto (planos de ação anuais) (Instituto de Segurança Social, 2019).

Todo este processo, cujo objetivo principal é a intervenção para a promoção do desenvolvimento social local, deverá ser sujeito a processos de monitorização e avaliação, que permitam melhorar continuamente as intervenções e aferir o impacto destas na população.

“O que se propõe é que, em cada comunidade, as autarquias e as entidades públicas e privadas:

- Tenham uma visão partilhada dos problemas sociais que existem nessa área;
- Definam em conjunto objetivos, prioridades, estratégias e ações;
- Utilizem de forma mais racional os recursos disponíveis.

A Rede Social tem plataformas de planeamento e coordenação da intervenção social a nível das freguesias (Comissões Sociais de Freguesia e/ou Interfreguesia - CSF/CSIF) e dos concelhos (Conselhos Locais de Ação Social - CLAS).

A um nível regional mais abrangente, estão a ser implementadas plataformas territoriais supraconcelhias nas 28 regiões NUT III” (Instituto de Segurança Social, 2019: sp).

Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, como já foi referido são 17 e constam na figura 1.

Figura 1: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável



Fonte: <http://www3.santoandre.sp.gov.br>.

De entre os 17 objetivos do Desenvolvimento Sustentável, no âmbito deste estudo seleccionámos, dada a sua relação com o estudo em desenvolvimento no concelho de Palmela, os seguintes: ODS 1– Erradicar a Pobreza, ODS 2 – Erradicar a fome, ODS 4 – Educação de Qualidade, ODS 8 – Trabalho Digno, ODS 10 – Reduzir as Desigualdades, ODS 17 – Parcerias para a Implementação dos Objetivos.

Apresenta-se sumariamente cada um destes ODS (BCSD Portugal, sd):

ODS 1 – Erradicar a Pobreza

Este objetivo tem um carácter muito ambicioso, pretendendo até 2030 erradicar a pobreza extrema em todas as formas e em todos os lugares, sendo a mesma quantificada através das pessoas que vivam atualmente com menos de 1,25 dólares por dia em Paridade de Poder de Compra (PPC). Com efeito, com este valor não é possível satisfazer as necessidades básicas no que concerne nomeadamente à alimentação, havendo privação material.

ODS 2 – Erradicar a Fome

Alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável. Este objetivo pretende o desenvolvimento de um conjunto de ações até 2030 para acabar com a

fome, assegurando o acesso à alimentação de qualidade, durante todo o ano a todas as pessoas, com particular preocupação com as populações e grupos de pessoas mais vulneráveis.

ODS 4 – Educação de Qualidade

Em linha com os anteriores ODS, propõe-se garantir o acesso à educação inclusiva, de qualidade e equitativa e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos. Propõe-se até 2030 assegurar a igualdade de acesso à educação, propondo, por exemplo, a igualdade de acesso para todos os homens e mulheres à educação técnica, profissional e superior de qualidade, a preços acessíveis.

ODS 8 – Trabalho Digno e Crescimento Económico

Promover o Crescimento Económico, Inclusivo e Sustentável, o Emprego Pleno e Produtivo, e o Trabalho Digno para todos. Além de promover o trabalho digno pretende-se ainda melhorar, até 2030, a eficiência dos recursos globais dissociando cada vez mais crescimento económico da degradação ambiental.

ODS 10 – Reduzir as Desigualdades

A mesma pode ser aferida no interior dos países e entre países utilizando como unidade de medida o Coeficiente de GINI. Além de promover a inclusão social, económica e política de todos, pretende, até 2030, assegurar o crescimento do rendimento dos 40% da população mais pobre, a um ritmo maior do que o da média nacional.

ODS 17 – Parcerias para a Implementação dos Objetivos

Pretende-se a redução das desigualdades e o desenvolvimento sustentável. As questões da capacitação, do desenvolvimento tecnológico e do estímulo ao comércio são destacadas como variáveis promotoras de desenvolvimento. Propõe-se em suma e até 2030, aumentar as iniciativas existentes com o intuito de promover o desenvolvimento sustentável, aumentar o Produto Interno Bruto (PIB) e apoiar a capacitação estatística nos países em desenvolvimento.

As qualificações e o emprego no concelho de Palmela

A análise empírica resultou de um processo de recolha de dados a partir de estatísticas provenientes do Instituto Nacional de Estatística (INE), designadamente dos Censos de 2011 e de 2021 e também de dados públicos do próprio município.

Iniciamos a análise com uma breve caracterização do território de Palmela e da sua população para seguidamente apresentar os dados disponíveis no que respeita à educação e ao emprego relacionando-os com os ODS.

Território

Palmela é um dos nove municípios situados na Península de Setúbal (Alcochete, Almada, Barreiro, Moita, Montijo, Palmela, Seixal, Setúbal e Sesimbra). É o mais extenso ocupando uma área de 465,1 km². Integra quatro freguesias ou unidades geográficas equiparadas: Palmela, Pinhal Novo, Quinta do Anjo e União de Freguesias do Poceirão e Marateca. O município apresenta heterogeneidade, havendo zonas de características mais urbanas e outras de características mais rurais: a União de Freguesias do Poceirão e Marateca é a mais vincadamente rural. As restantes podem classificar-se como rurbanas, conceito associado ao facto de coexistirem características urbanas e rurais (Pérez, 2001; Roca, 2001, citados por Marques e Silva, 2008).

O território ocupa uma área de 465,1 km² na sub-região da Península de Setúbal, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1: Dimensão do território por freguesias

Palmela	Pinhal Novo	Poceirão e Marateca	Quinta do Anjo	Total
77,5 km ²	54,04 km ²	282,0 km ²	51,1km ²	465,1 km ²

Fonte: <https://www.cm-palmela.pt/viver/caracterizacao-do-concelho/estatisticas-e-numeros>

População

A população residente no município de Palmela era de 68.856 indivíduos em 2021, verificando-se um crescimento de 9,6% em relação aos dados dos censos de 2011 (INE, 2021).

A tabela 2 permite verificar um elevado crescimento que ocorre em contraciclo com um decréscimo da população portuguesa de 2,06%. Palmela foi o terceiro município com um registo de maior crescimento logo depois de Odemira (13,3%) e Mafra (12,8%), tendo em conta os dados do INE (Censos 2021 e 2011). Uma análise mais desagregada permite verificar que apesar de haver crescimento em todas as freguesias do município de Palmela, no período em análise, o maior crescimento registou-se na freguesia de Quinta do Anjo (20,21%) seguida da freguesia de Pinhal Novo (7,96%) (INE, 2021).

A população feminina é superior à masculina, tendo essa diferença aumentado ligeiramente em linha com Portugal.

Tabela 2. População residente por sexo em Portugal e em Palmela

	H	M	Total	H	M	Total		%
Portugal	4921170	5423632	10344802	5046600	5515578	10562178	-217376	-2,06
Palmela	9061	9730	18791	8462	9019	17481	1310	7,49
Pinhal Novo	12831	14160	26991	12033	12967	25000	1991	7,96
Poceirão e Marateca	4333	4478	8811	4166	4319	8485	326	3,84
Quinta do Anjo	6942	7321	14263	5825	6040	11865	2398	20,21
Total PALMELA	33167	35689	68856	30486	32345	62831	6025	9,59
Diferença H M			-2522			-1859		

Fonte: INE - censos 2011 e 2021.

Educação

Os dados relativos à Educação no Município de Pamela evidenciam uma população significativamente mais escolarizada em 2021, quando comparamos com os dados de 2011, comprovada pelo aumento do número de indivíduos com o ensino secundário e superior e pela redução do analfabetismo (tabela 3).

Constata-se que 14,62% da população residente não possui qualquer grau de ensino. Estes dados incluem as crianças, sendo que a população residente no Município de Palmela dos 0 aos 14 anos é de 14,51%, pelo que importa ter dados mais desagregados. Mesmo assim esta realidade difere da realidade de 2011, onde 20,41% da população não tinha qualquer grau de ensino.

Verifica-se também que Palmela tem 40,68% de escolarizados com pelo menos o ensino secundário e Portugal tem 38,96% de escolarizados, com pelo menos o ensino secundário, correspondendo a uma diferencial de +1,72p.p. de escolarizados com pelo menos o ensino secundário em Palmela, por comparação com a média nacional.

Uma análise comparativa entre os censos de 2021 e 2011 permite verificar um aumento da população com formação secundária e pós secundária. Dados dos censos revelam que é superior à média nacional (Palmela com 23,99% e Portugal 21,26%). Constata-se pois uma evolução compatível com o preconizado no ODS 4 – Educação de Qualidade, garantido o acesso à educação em todos os graus de ensino a uma substancial parte da população.

De acordo com os censos de 2021, verifica-se um aumento em 5,47% de população com formação superior face a 2011.

Tabela 3. População por nível de ensino (%)

	Nenhum	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Secundário e pós-secundário	Superior
2021	14,62	17,99	10,06	16,65	23,99	16,69
2011	20,41	22,37	12,09	17,94	15,97	11,22

Fonte: INE - censos 2011 e 2021.

Emprego e Salários

A análise dos ganhos a partir da remunerações permite verificar que as remunerações auferidas no concelho de Palmela são superiores à média em Portugal, sendo mesmo o 9º concelho com remunerações mais elevadas (tabela 4).

A natureza do emprego, atendendo à forte industrialização do município pode contribuir para explicar este facto.

Tabela 4. Ganhos mensais médios

Ganho mensal médio		
Portugal	1206,3	
Palmela	1408,9	(9º mais elevado)

Fonte: Pordata - 2019.

Em relação ao emprego, os valores apresentados na tabela 5 indiciam estar-se numa situação próxima do pleno emprego. Importa ressaltar que o desemprego registado tem vindo a diminuir de modo consistente em Portugal.

Tabela 5. Desemprego registado

Território	2020
Portugal	5,8
Palmela	4,7

Fonte: Pordata , 2020.

Apesar dos indicadores de trabalho e emprego em Palmela permitirem algum otimismo, outros estudos ainda não publicados, resultantes de uma auscultação aos parceiros da rede social, referem a existência de trabalho informal e trabalho precário, caracterizado pela insegurança no emprego; perda de regalias sociais; salários baixos; descontinuidade nos tempos de trabalho (Sá, 2010).

O trabalho informal e o trabalho precário no concelho afetam particularmente as populações vulneráveis, como sendo a população imigrante, ou seja, indivíduos oriundos de outras regiões ou países que se deslocaram para viver ou trabalhar noutras regiões ou países. Retomando a perspetiva de Sayad (1998) devemos compreender e analisar a forma como se relacionam com a sociedade de acolhimento. Também a população mais velha mas em idade ativa, a população pouco qualificada e as mulheres estão mais expostas ao trabalho precário e informal. Os dados mostram ainda que o trabalho informal e precário é mais evidente nos setores da agricultura, da construção civil e da restauração. Uma hipótese explicativa pode relacionar esta precariedade com a natureza sazonal destas atividades.

Estes dados relacionam-se diretamente com o ODS 8 – Trabalho Digno e indiretamente pode estabelecer-se uma relação com os ODS 1 - Erradicar a Pobreza e ODS 2 - Erradicar a Fome, e com o ODS 10 relacionado com a redução das desigualdades. Esta relação indireta decorre do facto do acesso ao emprego e dos inerentes rendimentos terem um papel crucial para diminuir a pobreza, a fome e eventualmente para reduzir desigualdades, pelo menos entre a população em idade ativa.

Pobreza e desigualdades

Importa aqui distinguir entre pobreza e desigualdade, uma vez que a primeira requer a definição de um limiar a partir do qual se verifica a privação material por falta de meios económicos, para fazer face às necessidades básicas, ao passo que a desigualdade tem uma dimensão comparativa e subjetiva: ter mais ou menos do que o outro (Silva, 2015). Os valores do coeficiente de GINI para Palmela em 2019 são de 45,4, sendo os de Portugal um pouco mais elevados, 45,9 (INE, 2020).

Aprofundando a relação entre os ODS 1 - Erradicar a Pobreza e ODS 2 - Erradicar a Fome e ainda o ODS 10 - Redução das Desigualdades, verifica-se que existe uma perceção de desigualdade e de situações de pobreza que se devem sobretudo a situações de desemprego ou de baixos salários que resultam na dificuldade de fazer face ao aumento dos preços dos bens e serviços. A dificuldade de acesso à habitação a preços acessíveis constitui um fator de

empobrecimento, como também o isolamento, que conduz a uma ausência de rede de apoio seja ela familiar, de vizinhança ou de amigos.

Conclusão

O artigo que se apresenta inicia-se com uma reflexão em torno dos conceitos de rede social e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A ideia de base foi em primeiro lugar discutir o papel destas redes no desenvolvimento das sociedades e concretamente a nível do desenvolvimento local. Recorde-se que para o efeito estas redes têm um papel ativo e determinante na elaboração dos diagnósticos sociais, ou seja, dos “filmes” e dos “retratos” da sociedade, permitindo evidenciar fragilidades mas também pontos fortes e face a isso elaborar planos de desenvolvimento social e planos de ação.

Em segundo lugar, uma vez que nos propusemos analisar dados estatísticos disponíveis sobre educação, trabalho e emprego, apresentaram-se os ODS com maior relevância para esse fim em contextos regionais.

Por fim analisaram-se os dados já referidos para o município de Palmela, propondo uma reflexão sobre o seu impacto no alcance dos seguintes ODS: ODS 1– Erradicar a Pobreza, ODS 2 – Erradicar a fome, ODS 4 – Educação de Qualidade, ODS 8 – Trabalho Digno, ODS 10 – Reduzir as Desigualdades, ODS 17 – Parcerias para a Implementação dos Objetivos. Os dados analisados mostram que a nível de educação há progressos substanciais, comparando 2011 e 2021. Também a nível de emprego há claros progressos; muito embora sem podermos quantificar, percebemos a existência de trabalho informal e/ou precário. No que respeita a desigualdades, o quociente de GINI mostra que há ainda um longo caminho a percorrer, uma vez que os valores de Palmela em 2019 embora ligeiramente abaixo de Portugal, ainda são elevados.

Bibliografia

- Albuquerque, C. P., Guerra, J. V., Marques, J. F. (2018) “A Rede Social como Processo de Governança Local Estratégica – Fatores Críticos e Recomendações a partir de um Estudo sobre Comissões Sociais de Freguesia” in Fialho, J., Saragoça, J., Baltazar, M. S., Santos, M. O. (Coord) (2018) *Redes Sociais, Para uma Compreensão Multidisciplinar da Sociedade*, Lisboa, Edições Sílabo, pp. 67-84.
- BCSD Portugal (sd) Objetivos de Desenvolvimento sustentável e o BCSD Portugal in <https://www.ods.pt>.
- Castro, J. L. (Coord) (sd) Rede Social, Desafios e Experiências de um Programa Estruturante, Lisboa, Instituto da Segurança Social in https://www.segsocial.pt/documents/10152/147154/rede_social_desafios_experiencias_programa_estruturante/be803757-2a52-4b9f-976d-c90ec6e19c0d
- Costa, C., Proença, J., Proença, T. (2019) “Fatores Facilitadores das Relações em Rede entre Instituições Públicas e Instituições Sociais: o Caso da Rede Social de Matosinhos”, in Ferreira, J. M. C. (Org) (2019) *Sustentabilidade, Terceiro Setor e Redes Sociais*, Forte da Casa, Clássica Editora, pp. 159-182.

- DGEEC/ME-MCTES (2020) Recenseamento Escolar. in [Portal de Recenseamento \(mec.pt\)](https://portal.recenseamento.mec.pt/).
- Ferreira, J. M. C. (2019) “Hipóteses de sustentabilidade do Terceiro Setor no Contexto da Economia Virtual” in Ferreira, J. M. C. (Org) (2019) *Sustentabilidade, Terceiro Setor e Redes Sociais*, Forte da Casa, Clássica Editora, pp. 123-138.
- Fialho, J., Silva, C., Saragoça, J. (Coord) (2020) *Diagnóstico Social, Teoria, Metodologia e Casos Práticos*, 2ª edição, Lisboa, Edições Sílabo.
- Fialho, J., Saragoça, J., Baltazar, M. S., Santos, M. O. (2018) “A Propósito de Redes Sociais – do Conceito à Compreensão Multidisciplinar da Sociedade”, in Fialho, J., Saragoça, J., Baltazar, M. S., Santos, M. O. (Coord) (2018) *Redes Sociais, Para uma Compreensão Multidisciplinar da Sociedade*, Lisboa, Edições Sílabo, pp. 19-28;
- Guerra, I. C. (2005) “O Planeamento no Contexto de uma Sociologia da Acção As Rearticulações Teoria-Prática no Campo da Sociologia e Planeamento”, in *Cidades - Comunidades e Territórios* Jun. 2005, n.º 10, pp. 13-24.
- Instituto Nacional de Estatística (2020) *Anuário Estatístico da Área Metropolitana de Lisboa 2019*.
- Instituto Nacional de Estatística (2021) Censos 2021. in <https://censos.ine.pt/>.
- Instituto Nacional de Estatística (2012) Censos 2011, resultados definitivos. in <https://censos.ine.pt/>.
- Instituto da Segurança Social (2019) A Rede Social. in <https://www.seg-social.pt/a-rede-social>.
- Marques, J., Silva, R. P. (2008) Entre o rural e o urbano... o urbano, como uma alternativa contrahegemónica, in *A Página da Educação*, nº 178, <https://www.apagina.pt/?aba=7&cat=178&doc=12869&mid=2> (25/01/2022).
- Núcleo da Rede Social do Instituto para o Desenvolvimento Social (2001) Programa Rede Social in https://www.seg-social.pt/documents/10152/13341/programa_rede_social%20/bfa76312-e5e2-45a6-8678-f2698525c443~
- PORDATA (2020) Taxa de desemprego: total e por sexo (%) in [https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-55](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-55)
- PORDATA (2019) Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo in <https://www.pordata.pt/Municipios/Ganho+m%C3%A9dio+mensal+dos+trabalhadores+por+conta+de+outrem+total+e+por+sexo-282>
- Sá, T. (2010) Precariedade e “trabalho precário”: consequências sociais da precarização laboral, *Configurações*, 7. <http://journals.openedition.org/configuracoes/203>; DOI : 10.4000/configuracoes.203.
- Sayad, A. (1998) *Imigração ou os Paradoxos da Alteridade*. Edusp.
- Silva, M., (2015) “Desigualdade, pobreza e exclusão social: entre legitimações e realidades de ontem e hoje”, in Diogo, F., Castro, A., Perista, P. (orgs). *Pobreza e exclusão social em portugal contextos, transformações e estudos*. Col Debater o Social. Ed. Húmus.

Webgrafia

- Caraterização da freguesia de Poceirão e Marateca in https://www.cmpalmela.pt/cmpalmela/uploads/writer_file/document/2032/caraterizacao_freg_poceirao_marateca.pdf (25/01/2022)
- Caraterização da freguesia da Quinta do Anjo in https://www.cmpalmela.pt/cmpalmela/uploads/writer_file/document/2031/caraterizacao_freg_quinta_anjo.pdf (25/01/2022)
- Caraterização da freguesia do Pinhal Novo in https://www.cmpalmela.pt/cmpalmela/uploads/writer_file/document/2030/caraterizacao_freg_pinhal_novo.pdf (25/01/2022)
- Caraterização da freguesia de Palmela in https://www.cmpalmela.pt/cmpalmela/uploads/writer_file/document/2029/caraterizacao_freg_palmela.pdf (25/01/2022)

Contributos da formação para a gestão do *stress* do profissional nas instituições particulares de solidariedade social

Sónia Paliotes, ESCE/IPS, sonia.paliotes@esce.ips.pt
José Rebelo dos Santos, ESCE/IPS, jose.rebelo@esce.ips.pt

Resumo

O mercado está cada vez mais exigente e os profissionais correm contra o tempo para atender à pressão imposta. Não obstante o ritmo alucinante que predomina no nosso quotidiano, ainda temos uma pandemia que teima em não dar tréguas, onde a ausência de algum elemento das equipas por motivo de isolamento profilático se torna mais uma arduidade na gestão e funcionamento das equipas.

O *stress* torna-se cada vez mais visível aos olhos de todos, a nível emocional denotamos fadiga e a dificuldade em lidar com as complexidades que já são conhecidas por todos, mas que continuam a ser ultrapassadas, no entanto, cada vez mais provado, como exigência profissional basilar. Em muitas equipas de trabalho o número de elementos já por si é pequeno e difícil de gerir tanto em termos de distribuição de tarefas, como motivação e satisfação no trabalho.

O que já é conhecido por cansaço físico é cada vez mais notório, mas o psíquico é o que assusta mais as direções das organizações, principalmente nas IPSS, onde a seleção para determinadas categorias é tarefa espinhosa, não há tempo para preparar e formar as pessoas que irão ter como utentes grupos cuja vulnerabilidade é mais que evidente e qualquer alteração das suas rotinas é um retrocesso no seu bem-estar, especialmente em instituições com utentes com demência.

O identificar as técnicas preventivas, de controlo e gestão de *stress* profissional foi a forma de colmatar as necessidades de formação que foram evidenciadas para contribuir para a melhoria do objetivo do desenvolvimento sustentável (ODS) – qualidade na saúde promovendo o bem-estar dos profissionais que realizam as suas tarefas nas condições SST consideradas como aceitáveis. O objetivo geral é dar a conhecer o que foi feito em termos de formação para as IPSS no âmbito da Gestão do *Stress* do Profissional. Com base no catálogo nacional de qualificações o IEFP elaborou planos de formação direcionado aos trabalhadores e dirigentes das IPSS e o que se pretende, nesta comunicação, é identificar alguns desses conteúdos formativos.

Palavras chave: Tempos de Mudança, Exigências profissionais, *Stress*

Abstract

The market is increasingly demanding, and professionals are racing against time to meet the imposed demand. Despite the breakneck pace of our daily lives, we still have a pandemic that is relentless, where the absence of a team member due to prophylactic isolation becomes yet another difficulty in the management and operation of the teams.

Stress is becoming more and more visible in everyone's eyes, at an emotional level we denote fatigue and the difficulty in dealing with the complexities that are already known to all, but which continue to be overcome, nevertheless increasingly proven to be a basic professional requirement. In many work teams, the number of members is already small and difficult to manage in terms of task distribution, motivation, and satisfaction at work.

Physical tiredness is becoming more and more notorious, but it is the mental fatigue that worries the organisations' management the most, especially in the IPSS, where selection for certain categories is a difficult task and there is no time to prepare and train the people who will have as users groups whose vulnerability is more than evident and any change in their routines is a setback for their well-being, especially in institutions with dementia patients.

The identification of preventive techniques, control and management of occupational stress was the way to meet the training needs that were highlighted, contributing to Sustainable Development Goal (SDG) 3 - quality health and promoting the health and well-being of professionals performing their tasks under OHS conditions considered acceptable. The overall objective is to make known what has been done in terms of training for IPSS in the field of Management of Worker Stress. Based on the national catalogue of qualifications, the IEFP has developed training plans aimed at the workers and managers of the IPSS and the aim of this communication is to identify some of these training contents.

Keywords: Changing Times, Professional Requirements, *Stress*

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou a 27 de maio de 2019, que passou a incluir na lista de doenças o “*burnout*”, estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional.

A entrada do “*burnout*” (ou *stress* profissional) na nova classificação internacional de doenças da OMS, que vigorará a partir de 1 de janeiro de 2022, baseia-se nas conclusões de peritos de saúde de todo o mundo e foi adotada pela Assembleia-Geral da OMS, que decorre em Genebra, na Suíça. Na classificação internacional de doenças da OMS, que serve de base para as estatísticas de saúde, o “*burnout*” surge na secção consagrada aos «problemas associados» ao emprego e desemprego, sendo descrito como «uma síndrome resultante de stress crónico no trabalho que não foi gerido com êxito».

A doença, de acordo com a OMS, caracteriza-se por «um sentimento de exaustão, cinismo ou sentimentos negativistas ligados ao trabalho e eficácia profissional reduzida». Apesar de ser uma causa de mal-estar na saúde de diferentes profissionais, em Portugal, o *stress* ainda não está decretada como doença profissional.

O objetivo geral a que nos propomos é dar a conhecer o que foi feito em termos de formação para as IPSS no âmbito da Gestão do *Stress* do Profissional, realidade que foi promovida pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP).

Direcionada para dar resposta às necessidades formativas das IPSS, a ação de formação, de 25 horas, procurou identificar o conceito de *stress*, as causas, e as consequências negativas do mesmo, avigorando a identificação das técnicas preventivas, de controlo e gestão de *stress* profissional.

Em termos de estrutura, este artigo integra dois pontos principais: um de contextualização do conceito e tipos de *stress*, sobre a perspetiva dos profissionais na existência de cinco principais fontes de *stress*, bem como no diagnóstico presuntivo de sinais e sintomas de alerta para agir em conformidade, e um outro com as técnicas de controlo e estratégias que quando atempadas minimizam as consequências mais graves desta realidade tão premente no nosso quotidiano.

Contextualização

“A formação Profissional é um instrumento excelente ao nível da qualificação dos Recursos Humanos” (Santos, Sebastião & Franqueira, 2022, p. 134).

Os trabalhadores / funcionários das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) apresentam características únicas e necessitam de competências únicas para operar no setor social (Ibid). Entre elas, as relativas à gestão do *stress* são cruciais, uma vez que estes profissionais, ao prestarem serviços e cuidados humanos são mais suscetíveis a “sentir” *stress* o que, a acontecer, para além das repercussões na saúde mental do próprio profissional, tem também implicações na qualidade do trabalho prestado e na relação profissional / utente como referem Gomes & Cruz (2004), citados por Carrera (2011).

A nível de contextualização, a preocupação central da ação de formação promovida pelo IEFPP e direcionada para as IPSS que deu origem a este artigo foi a de, em primeiro lugar, no âmbito do saber-saber (domínio cognitivo), explicar o conceito de *stress*, tipos de *Stress*, bem como as causas e sintomas de *stress*. Depois, e desta feita no âmbito do saber-ser ou saber-estar (domínio comportamental), o objetivo foi partilhar um conjunto de técnicas que permitem, a quem as domine, um maior controlo e melhor gestão do *stress*, no caso, em situações de índole profissional. Como é do conhecimento geral, as IPSS produzem bens e serviços de grande valor em prole do social. Os seus trabalhadores / funcionários lidam frequentemente com um conjunto de problemas que frequentemente não podem resolver e que são altamente indutores de *stress*.

Afinal, o que é o *stress*?

Stress é uma palavra derivada do latim, que foi popularmente usada durante o século XVII, para representar “adversidade” ou “aflição “. Em fins do século XVIII, o seu uso evoluiu para denotar “força “, “pressão” ou “esforço”, exercida primariamente pela própria pessoa, pelo seu organismo e pela sua mente. O conceito de *stress* não é novo, mas foi apenas desde o início do século XX que as Ciências Biológicas e Sociais iniciaram a investigação dos seus efeitos na saúde física e mental das pessoas (Selye, 1956).

Do ponto de vista da saúde no trabalho, muito embora em Portugal não sejam incluídas na Lista de Doenças Profissionais, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) incluiu, em 2010, perturbações de foro mental e comportamental na sua Lista de Doenças Profissionais.

Stress é a resposta do organismo a determinados estímulos que representam circunstâncias súbitas ou ameaçadoras. Para se adaptar à nova situação, o corpo desencadeia reações que ativam a produção de hormonas, entre eles a adrenalina. Isso deixa o Indivíduo em estado de alerta e em condições de reagir (Selye, 1956).

Esta reação é normal e necessária ao ser humano, só passando a ser prejudicial quando se mantém de forma inadequada e por períodos prolongados, provoca uma afinidade de complicações, entre elas o enfraquecimento do sistema de defesa, deixando o corpo vulnerável a todo o tipo de enfermidade (Lazarus & Folkman, 1984).

Em resumo, pode-se definir-se o *stress* como “um estado que se instaura independentemente do significado psicológico da situação que o desencadeou. Uma mudança ocorrida no meio (externo ou interno), gera um estado de instabilidade que aciona a reação de *stress*; no instante seguinte, o significado atribuído a tal ocorrência provoca uma reação emocional que vem se sobrepor e coexistir com o *stress*, sendo ela mesma potencial geradora de mais *stress*” (Oliveira, 2006, p.17.)

Os resultados do *stress* são prejudiciais para os indivíduos, para as famílias, para a sociedade e para as empresas que podem ser afetadas pelo *stress* organizacional.

Existem vários tipos de *stress*?

Sim existem, dois tipos de *stress* o “mau” e o “bom” (Figura 9): o *distress* é negativo, desagradável, prejudicial e causador de doenças relacionadas com o *stress* e o *eustress* é positivo, agradável e construtivo (emoções positivas devido a bons feitos) (Azevedo & Katimura, 2006).

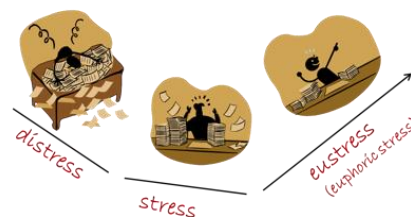


Figura 9 - Tipos de stress

Quais as causas do *stress*?

Na perspetiva de profissionais, existem cinco potenciais fontes de *stress*, abaixo indicadas, no quadro 1, com respetiva exemplificação de cada fator:

Quadro 1- Potenciais Fontes de Stress

E X E M P L O S	➤ Fatores ambientais diretamente relacionados com o trabalho:	
	✓ Condições físicas da Unidade ou Serviço;	
	✓ Estado dos utentes ou tipo de cuidados;	
	✓ Exigência de formação;	
	✓ Escassos recursos materiais disponíveis.	
	➤ Fatores profissionais inerentes ao desempenho de papéis:	
	✓ Noção de baixo nível de formação;	
	✓ Contacto com utentes agressivos e não colaborantes;	
	✓ Tarefas ingratas, repetitivas e pesadas;	
	✓ Ambições pessoais frustradas;	
	✓ Baixo salários.	
	➤ Fatores relacionados com a exigência:	
	✓ Escassez de colaboradores;	
	✓ Solicitações para estar em vários locais ao mesmo tempo;	
	✓ Imposição de prazos por outras pessoas;	
	✓ Cumprir ordens por duas ou mais pessoas em simultâneo;	
	✓ Necessidades e exigências dos familiares.	
	➤ Fatores relacionais (entre a equipa):	
	✓ Más relações com superiores, colegas e subordinados;	
	✓ Receber ordens contraditórias;	
	✓ Falta de confiança e restrição da autonomia;	
	✓ Falta de informação.	
	➤ Fatores organizacionais e burocráticos:	
	✓ Má organização na distribuição de tarefas;	
	✓ Horários sobrecarregados;	
	✓ Aumento da responsabilidade administrativa;	
	✓ Falta de recompensas administrativas.	

Fonte: Própria dos Autores

Quais os sintomas do stress?

Do ponto de vista do profissional poderão ser enquadrados em 4 tipos, abaixo indicados, no quadro 2, de forma resumida e ilustrativa:

Quadro 2 – Tipos de Sintomas e Sinais

Alterações do Comportamento	Alterações Cognitivas	Alterações Emocionais	Sintomas Vegetativos
✓ Fumar e beber mais do que o costume; ✓ Insatisfação com o trabalho; ✓ Isolar-se dos outros	✓ Pensamentos repetitivos; ✓ Dificuldade de se concentrar; ✓ Dificuldade em tomar decisões	✓ Perder a confiança em si; ✓ Sentir-se bastante “neura”; ✓ Sentir-se bastante “neura”.	✓ Dores de cabeça frequentes; ✓ Aumento da tensão arterial; ✓ Transtornos do sono.

Fonte: Própria dos Autores

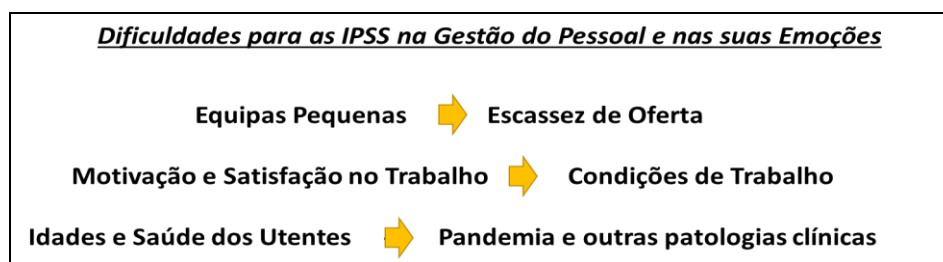
Técnicas de Controlo e Gestão de Stress Profissional

O capital humano é o elemento central no que concerne aos ativos intangíveis e é formado pelas pessoas que integram a instituição.

É essencial analisar a gestão dos recursos humanos das IPSS tendo em conta que estes, alinhados com a direção, são parte fulcral para a instituição atingir os objetivos a que se propõe, prestar um serviço de cuidados do utente.

Neste sentido, as principais dificuldades no que concerne à gestão do pessoal, bem como nas suas emoções (quadro 3), predominantemente, assentam na escassez de oferta de recursos humanos, que aliada à realidade de equipas mínimas, provoca que a falta de algum profissional torna a execução da atividade um caos, situação que se verificou, e continua a constatar com frequência, nomeadamente pela pandemia COVID 19. Também as condições de trabalho, a motivação e satisfação pelo trabalho desempenhado ganha ênfase de arduidade para os profissionais das IPSS. Assim como toda a debilidade do estado clínico, mental e físico dos utentes, realidade que leva a um desgaste desmedido na saúde dos profissionais.

Quadro 3- Dificuldades para os profissionais das IPSS



Fonte: Própria dos Autores

Urge a necessidade de compreender técnicas para controlar e gerir as emoções de modo a não culminar no “*burnout*”, fase mais avançada do *stress* aquando não superintendido e travado atempadamente. Para isso será necessário conhecer as estratégias:

- Controlo nas Emoções;
- Resolução do Problema;
- Obtenção de Apoio.

A função da formação ministrada baseia-se então no entendimento das estratégias como ferramentas de suporte aos profissionais, de forma que a sua capacidade de análise, bem como atuação no seu quotidiano árduo, se torne menos espinhosa e que se renove a empatia de cuidar de quem já um dia cuidou de alguém e que agora precisa que seja cuidado.

Caso seja possível posteriormente avaliar a formação, poderá verificar-se até que ponto esta formação promoveu o bem-estar dos seus participantes e a qualidade dos serviços prestados nas IPSS em que estes participantes, enquanto funcionários / trabalhadores, desenvolvem atividade profissional e confrontar com o que seria expetável e verificar a consonância com o ODS 3 – Saúde de Qualidade. Recorde-se que a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas corresponde a 17 ODS e foi aprovada em setembro de 2015 por 193 estados-membros incluindo Portugal (BCSD, sd,in <https://www.ods.pt>).

Conclusão

Tendo como ponto de partida os contributos da formação para o alcance do ODS 3 – Saúde de qualidade, analisou-se o que foi feito numa ação de formação promovida pelo IIEP e direcionada para profissionais de IPSS, no âmbito da Gestão do *Stress* do Profissional.

As IPSS têm um papel fundamental da nossa sociedade uma vez que têm por finalidade o exercício da ação social na prevenção e apoio nas diversas situações de fragilidade, exclusão ou carência humana.

A falta de meios de trabalho, de comunicação, de desenvolvimento pessoal, de reconhecimento pessoal, de processos de recrutamento e a insatisfação com a rotina de trabalho são alguns dos problemas típicos associados à gestão de recursos humanos e à rotatividade nas IPSS.

Se quisermos compreender o que é capaz de ameaçar ou lesar uma pessoa, teremos de perceber a sua rede de preocupações.

Se quisermos perceber quais são as suas preocupações teremos de conhecer quais são as crenças e valores, enquanto pessoa.

Cada vez mais, é urgente prevenir antes de remediar, na saúde de todos e para todos. Fazer a gestão de estados emocionais, não é fácil, principalmente quando são estados emocionais negativos.

Enfrentar o caos no mundo volátil, complexo, ambíguo e cheio de incertezas em que vivemos, a retoma dos vínculos entre utentes e profissionais das IPSS torna-se a ferramenta para aprimorar o cuidado ao utente. O planeamento e preparação de recursos humanos, recrutamento e seleção de profissionais, acolher e integrar equipas através de procedimentos estruturados onde a liderança, comunicação e (in)formação será sempre a forma de equilibrar para que os objetivos do desenvolvimento sustentável possam ser alcançados.

Bibliografia

- Azevedo, V. A. Z. & Kitamura, S. (2006) Stress, Trabalho e Qualidade de Vida, in Vilarta, R., Carvalho, T., Gonçalves, A., Gutierrez, G. (org) (2006) Qualidade de Vida e Fadiga Institucional, Universidade de Campinas, IPES Editorial, pp. 137-150.
- BCSD Portugal (sd) Objetivos de Desenvolvimento sustentável e o BCSD Portugal in <https://www.ods.pt>).
- Carrera, J. F. G. F. (2011) Stress e burnout: um estudo de caso de assistentes sociais que trabalham com idosos em IPSS.S, Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984) Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
- Oliveira, E. A. (2006) Delimitando o conceito de stress in Ensaio e Ciência, 2006, pp. 11-18.
- Santos, J., Sebastião, L., Franqueira, A. (2022) A gestão de recursos humanos nas organizações sociais, in Rolo, A. & Caravvalho, Luísa (ed) (2022), Gestão das Organizações Sociais, Edições Sílabo pp. 107- 142.
- Selye, H. (1956) The stress of life, McGraw-Hill.
- <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/stresse-no-trabalho/>
- <https://catalogo.anqep.gov.pt/ufcdDetalhe/10236>
- <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- <https://osha.europa.eu/pt/themes/work-related-diseases>

Educação para a promoção do desenvolvimento local da Arrábida: Foco na regeneração do ecossistema em prol do bem-estar das pessoas e planeta

Alexandra Viana Silva* ^{1,2}, Ana Gato¹, Maria Santa¹, Pedro Macedo¹, Anabela Pereira¹, Ana Ramos¹, Célia Hortênsio¹, Inês Reis¹, João Soares¹, Liliana Pereira¹, Lucas Mendes¹, Maria Oliveira¹, Rita Almeida¹, Rui Almeida¹, Sandra Pinéu¹, Sandra Rebelo¹, Sebastião Guedes¹, Soraia Claro¹, Susana Magalhães¹, Vanda Salvador¹, Yulia Mandzyuk¹, Iryna Skulska^{1,3}, José Cunha^{1,4}, João Fevereiro^{1,5}, Nelson Silva¹

¹ Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P. (IEFP) de Setúbal

² Associação The K-Evolution. Clube UNESCO K-Evolution- Educação para a Sustentabilidade

³ Centro de Ecologia Aplicada "Prof. Baeta Neves" (CEABN), InBIO, Instituto Superior de Agronomia.

Universidade de Lisboa

⁴ Biotrails biotrails.pt

⁵ Courela dos Pegos BIO

Resumo

Este estudo enquadra-se no âmbito do desenvolvimento da 1ª edição do curso anual de Técnico Gestor de Ambiente (TGA), a decorrer desde outubro de 2021 no Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P. (IEFP) de Setúbal em parceria com a Associação The K-Evolution. O curso promove uma abordagem de Educação para o Desenvolvimento Sustentável (EDS), baseada em aprendizagem por projetos, promoção do pensamento crítico e sistémico, participação cidadã, aprendizagem através da investigação-ação, promovendo inter e transdisciplinaridade, de forma a contribuir para a transformação de cidades/ regiões. No contexto da Agenda 2030 da ONU, que visa definir 17 objetivos para transformar o nosso mundo e da década das Nações Unidas (2021-2030) sobre restauração de ecossistemas, o grupo formativo de TGA iniciou um processo de investigação-ação de forma a contribuir para soluções que estejam enquadradas com as necessidades da sociedade atual. A partir da questão-problema: “Como podemos restaurar/ regenerar a região Arrábida, reconhecer os seus serviços de ecossistema e promover valor que estimule desenvolvimento sustentável para a região?”, do reconhecimento da riqueza natural da área protegida da Arrábida - Parque Natural da Arrábida (PNA) e a Reserva Natural do Estuário do Sado (RNES), aliado com a urgência de criar e implementar uma nova bioeconomia da floresta e do rio que combine soluções baseadas na natureza, inovações de serviços, que cruze conhecimento científico e tradicional das comunidades locais. O estudo definiu como objetivos: 1) identificar potencialidades (forças e oportunidades), assim como, vulnerabilidades (socioeconómicas, culturais e ambientais); 2) identificar e promover atividades com valor socioeconómico, cultural e ambiental, com base no turismo sustentável; 3) desenvolver as propostas da criação de rede local empresarial para a proteção e conservação desta bioregião; 4) sugerir as propostas de melhoria para o desenvolvimento do Parque Urbano da Várzea, baseados no modelo eco sistémico Arrábida. Pretende assim, dar uma resposta interventiva, através do desenho regenerativo participado do parque, em prol da regeneração de pessoas e planeta.

Palavras chave: educação, sustentabilidade, investigação-ação, participação democrática, transformação, regeneração.

Abstract

This study is part of the development of the 1st edition of the annual course of Environmental Manager Technician (TGA), taking place since October 2021 at the IEPF de Setúbal in partnership with The K-Evolution Association. The course promotes an Education for Sustainable Development (ESD) approach, based on learning through projects, and promoting critical and systemic thinking, citizen participation, learning through action research, promoting inter and transdisciplinarity, in order to contribute to the transformation of cities/regions. In the context of the UN 2030 Agenda, which aims to define 17 goals to transform our world and the United Nations decade (2021-2030) on ecosystem restoration, the TGA training group initiated an action-research process in order to contribute to solutions that are framed with the needs of today's society. From the problem question: “How can we restore/regenerate the Arrábida region recognizing its ecosystem services and promoting value that promotes sustainable development for the region?”, from the recognition of the natural wealth of the Arrábida protected area - Arrábida Natural Park (PNA) and the Sado Estuary Natural Reserve (RNES), allied to the urgency of creating

* Autores Correspondentes, e-mail: alexandra.silva@kevolution.org e 3273695@formacao.iefp.pt

and implementing a new forest and river bioeconomy that combines nature-based solutions, service innovations and that crosses scientific and traditional knowledge of the communities locations, this study defined as objectives: 1) identify potentialities: strengths and opportunities, as well as vulnerabilities: socio-economic, cultural and environmental; 2) identify/promote activities with socio-economic, cultural and environmental value, based on sustainable tourism; 3) creation of a local business network for the protection and conservation of this bioregion; 4) regenerative design of the Várzea Urban Park, based on the Arrábida eco-systemic model. Thus, it is intended to give an interventional response, through the participative regenerative design of the Park, in favour of the regeneration of people and the planet.

Keywords: education, sustainability, Action Research, democratic participation, transformation, regeneration.

Introdução

Os problemas ambientais são cada vez mais um motivo de reflexão urgente na busca de soluções para uma relação mais harmoniosa entre o Homem e o ambiente, na perspectiva de se alcançar um desenvolvimento equilibrado e sustentável (Lijing et al., 2011; Nasibulina, 2015; UNESCO, 2020).

A educação é a forma mais eficaz de formar uma base social e intelectual para a implementação dos princípios do desenvolvimento sustentável. A educação desenvolve-se em três níveis: ensino básico, secundário e superior. Além disso, existem os cursos profissionais - percursos de ensino secundário com dupla certificação, ou seja, em que se desenvolvem competências sociais, científicas e profissionais necessárias ao exercício de uma atividade profissional e simultaneamente obtém-se o nível secundário de educação.

Na educação ambiental o curso profissional de Técnico de Gestão do Ambiente (TGA) tem como principal objetivo a criação de profissionais qualificados, aptos para intervir ativamente nas áreas de gestão da qualidade ambiental e de recursos naturais, bem como no desenvolvimento sustentável.

Este primeiro curso de Técnico de Gestão do Ambiente (TGA-001) do Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P. IEFP de Setúbal, desenvolvido entre 2021 e 2022, foi constituído por um conjunto de unidades curriculares organizadas em componentes de formação geral e científica, formação técnica e formação em contexto de trabalho, que se concretiza através de um estágio no fim de curso. Na fase de discussão da lista de módulos de formação do curso, o conselho diretivo e científico do curso optou pela escolha de um conjunto de disciplinas que formam uma compreensão abrangente do ambiente. Pretendia-se que o formando no fim de curso fosse capaz de participar no controlo de poluição, na gestão sustentável dos recursos naturais, intervir na formação de uma consciência ambiental e de segurança da sociedade, bem como abordar a complexidade dos problemas ambientais. Além disso, pretendia-se que os formandos, após a conclusão do curso, tivessem desenvolvido as competências necessárias que

pudessem contribuir para a resolução de problemas complexos e multifacetados (Jeremic et al., 2016).

Para atingir esse objetivo, optou-se por dedicar a maior parte do tempo do curso em aulas práticas, baseadas na visita a vários locais (parques, ETARs, empresas, instituições), a fim de visualizar melhor os conceitos aprendidos na parte teórica do curso. Por exemplo, no TGA-001, os formandos tiveram a oportunidade de visitar várias vezes o Parque Natural da Arrábida (PNA) e a Reserva Natural do Estuário do Sado (RNES) e colocar em prática muitos dos seus conhecimentos. Como resultado, várias propostas sustentáveis para a melhoria desses territórios foram desenvolvidas por formandos em forma de miniprojectos. Portanto, o objetivo deste artigo é discutir essas propostas com base nos indicadores de uma análise espacial de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (SWOT analise) (Comino et al., 2016), para os sistemas territoriais complexos de PNA e RNES com valores múltiplos excepcionais.

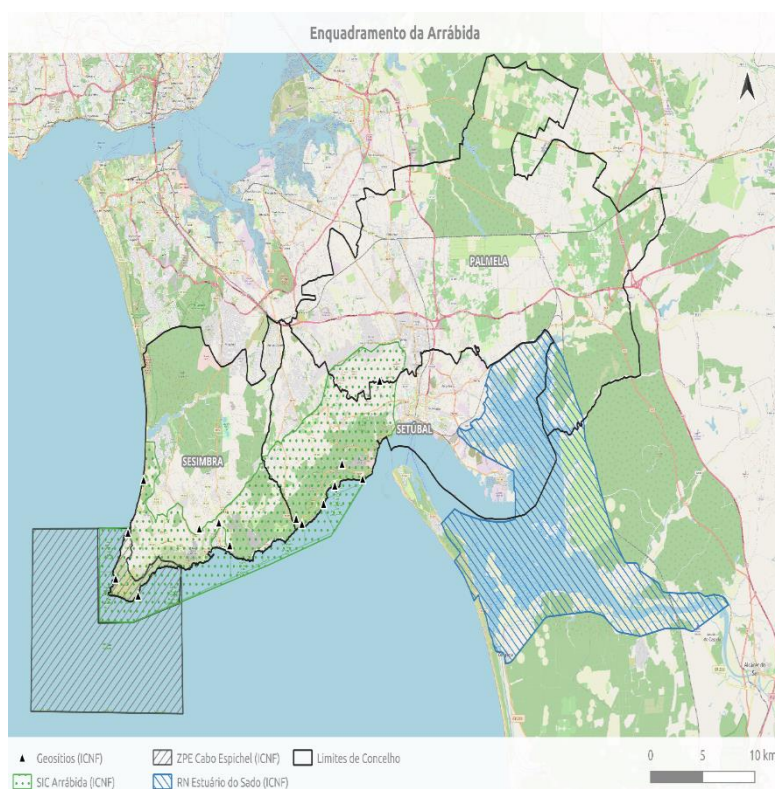
Mantendo o foco na preservação, regeneração, sustentabilidade e obrigatoriamente na economia circular, os miniprojectos a seguir apresentados, foram desenvolvidas no âmbito dos módulos de “Turismo Sustentável”, “Intervenção sobre o Território”, “Ordenamento do Território” e “Sistemas de Informação Geográfica -SIG”. As ideias principais desses projetos são inclusivas e têm foco tanto nas pessoas como na proteção e desenvolvimento da natureza, por meio de encontrar um equilíbrio entre esses elementos e garantir o seu futuro sustentável.

Área de estudo e metodologia

Potencialidades e vulnerabilidades da Região da Arrábida

A localização geográfica, o clima e a geologia da região da Arrábida são o suporte de uma biodiversidade notável (Fig. 1). Em termos de recursos naturais, aqui está identificado um número incomparável de espécies e variedades autóctones e endémicas em comparação com o restante espaço europeu. Este território, integra parte da Reserva Natural do Estuário do Sado e do Parque Natural da Arrábida, é rota de migração de diversas aves invernantes e nidificantes dos estuários do Tejo e Sado, bem como possui uma importante atividade agroflorestal.

Fig. 1 –Localização do Parque Natural da Arrábida e da Reserva Natural do Estuário do Sado



Fonte: aplicação QGIS

Vulnerabilidades ambientais e sócio-económicas da região

A humanização desenfreada da paisagem da Arrábida, a degradação dos solos, a erosão nas zonas costeiras, os incêndios florestais e a poluição antropogénica, assim como as alterações climáticas e os seus reflexos nos equilíbrios naturais, são atualmente uma das preocupações mais relevantes a nível ambiental da zona em análise.

Ao nível socioeconómico, as taxas de desemprego do concelho de Setúbal são superiores à média nacional (Rodrigues et al., 2016). Focos de pobreza e exclusão social - são alguns dos exemplos de vulnerabilidades, segundo o relatório final desenvolvido com a consultoria e assistência técnica da Sociedade de Consultores Augusto Mateus & Associados e a Câmara Municipal de Setúbal (2016).

Identificação dos valores socioeconómico, cultural e ambiental e promoção das atividades no base no turismo sustentável

A cultura e o património natural afirmam-se como uma alternativa, mas também um complemento aos produtos turísticos tradicionais e um importante instrumento no combate à sazonalidade, assumindo particular relevância para os visitantes. O novo turista procura cada

vez mais experiências autênticas, educativas e de entretenimento, que proporcionem o seu desenvolvimento pessoal e a aquisição de novas competências (Harris et al., 2002). Assente nesta premissa, foram desenvolvidos pelos formandos do curso TGA-001, alguns trabalhos, apresentando propostas de produtos turísticos que farão o elo entre a natureza e a cultura de um modo sustentável, visando o benefício cultural, social e económico de toda a comunidade local.

Abaixo estão apresentados os principais resultados desses trabalhos. Os formandos analisaram vários projetos turísticos, existentes no local de estudo e sugeriram novas propostas para que se caminhe em direção a um desenvolvimento mais sustentável na região. As sugestões são baseadas na experiência e conhecimento adquiridos pelos formandos durante o curso e na resolução de vários problemas durante os exercícios práticos e visitas de estudo. Vários trabalhos especificam para qual dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), desenvolvidos pelo ONU eles contribuem e de que forma. Além disso, os formandos propuseram dois novos projetos, como “*Rede de Turismo Sustentável*” (criação de rede local empresarial para a proteção e conservação da bioregião Arrábida) e “*Desenho regenerativo de Parque Urbano da Várzea*”. Cada caso estudado tem um nome que pretende focar a atenção do leitor no problema que está a ser analisado. A seguir são apresentadas breves descrições das ideias principais de cada projeto analisado, sugestões para a sua melhoria e, por fim, a sua análise SWOT.

Resultados obtidos e sua discussão

“Arrábida – património da UNESCO”

A região da Arrábida integra espaços naturais únicos pela sua beleza paisagística, biodiversidade e capacidade de preservação de habitats naturais. O Parque Natural da Arrábida e o Estuário do Sado são dois dos locais com maior destaque devido às suas características singulares, tanto a nível estético como ecológico, cultural e geológico. É graças a estas duas áreas que esta região possui uma proporção de áreas protegidas, superiores à média da região onde se insere. A Arrábida, candidata a Reserva da Biosfera da UNESCO, insere-se no plano da Rede Natura 2000, instrumento que visa garantir a conservação e preservação a longo prazo dos habitats e das espécies mais ameaçadas da Europa.

Assente nessa premissa, a proposta “Arrábida - património da UNESCO” foi idealizada com o objetivo de ser um verdadeiro “Observatório da natureza”, com a criação de estações da biodiversidade (ODS 14) e projetos educativos, entre os quais se destacam a “Rota

arqueológica e histórica” e a “Rota dos Geossítios” (ODS 4), assim como percursos pedestres (ODS 3) e visitas a locais tradicionais (ODS 11 e 12).

Este projeto, procura na sua essência conciliar a conservação e preservação da natureza (ODS 13, 14 e 15) e património da região com a atividade humana e a sua cultura, através da implementação de rotas ou circuitos que privilegiam locais com património natural, paisagístico, arqueológico, histórico e cultural (ODS 4), apostando numa estratégia de desenvolvimento económico sustentável da região (ODS 11 e 12), envolvendo de forma ativa as populações locais, promovendo a sua etnografia, artesanato e gastronomia. Esta proposta, destaca a importância da comunidade se apropriar do território, reconhecendo-o como parte da sua identidade, para tal, o conhecimento aprofundado deste é fundamental.

De acordo com a análise SWOT realizada, as forças resultam do valor ecológico, biodiversidade elevada e pelo facto de se tratar de uma área protegida, sendo a maior oportunidade, a candidatura da Arrábida a Reserva da Biosfera, UNESCO. Por sua vez, como possíveis ameaças regista-se a falta de recursos humanos e de investimentos, assim como a falta de estratégia de integração a nível local, nacional e internacional.

“Olhares - olhar para o passado, com um olhar no presente para planejar um futuro sustentável”

Esta proposta centra-se na regeneração da 7ª Bateria, localizada na encosta da Serra da Arrábida, marcada pela presença de uma fortificação do séc. XVII – o Forte Velho do Outão, que se encontra atualmente desativada, parcialmente desmantelada e ao abandono, e das estruturas bélicas existentes no local, assim como na valorização e promoção do património histórico, cultural e natural da Arrábida.

A sua localização privilegiada, com vistas fantásticas para a paisagem envolvente, constitui uma mais-valia para o desenvolvimento de um projeto turístico ligado à natureza. Este espaço é analisado segundo um novo olhar, garantindo uma mudança natural do seu anterior uso.

No interior do edificado, idealiza-se um Centro de Interpretação da Arrábida, orientado para o desenvolvimento de atividades de educação ambiental, valorização do património natural e divulgação da beleza e biodiversidade da serra da Arrábida e do Estuário do Sado (ODS 4, 14 e 15). Trata-se de um museu interativo sobre a flora e fauna da zona com ecrãs tácteis que permitem interagir com imagens e informação das espécies e exposições imersivas que possibilitem aos visitantes vivenciarem uma experiência multissensorial, sentindo-se parte integrante da paisagem (projeto inclusivo).

Para promover os produtos gastronómicos e artesanato da região, este projeto sugere a instalação de uma loja para venda ao público e um salão de chá com esplanada panorâmica para realização de eventos temáticos com prova de produtos regionais (ODS 8, 11 e 12).

Na esplanada, seria instalado um telescópio para observação pormenorizada da paisagem envolvente.

O espaço exterior revê-se como um museu ao ar livre. Aqui todos os objetos artísticos seriam construídos com elementos da natureza, e onde os ninhos gigantes construídos com galhos de árvores e perfeitamente encaixados na paisagem seriam os atores principais, com o intuito de proporcionar aos visitantes experiências em comunhão com a natureza, e onde estes poderiam sentar-se ou deitar-se e descansar ao som do canto das aves.

As estruturas bélicas (canhões), seriam recuperados para uma nova finalidade – estufas de plantas aromáticas e medicinais e o seu exterior seria pintado com motivos florais como homenagem à natureza envolvente, passível de ser observada sob várias perspetivas, percorrendo o passadiço de madeira panorâmico circundando todo o espaço exterior. Ressalva-se que dado o contexto histórico militar desta proposta, será importante manter também a tradição do espaço numa ótica de turismo militar que se abre com um novo “Olhar” e se reconhece como espaço interpretativo.

De acordo, com a análise SWOT realizada, destacam-se como forças, a recuperação de património com uso sustentável, servir para um Observatório de Golfinhos, permitir observar matas e trilhos não acessíveis ao público em geral, através das exposições imersivas e inclusivas (pessoas com deficiência física) e como oportunidades, criar parcerias com investidores privados/fundações, bem como dedicar um dos edifícios à Proteção Civil. Como fraquezas foi identificado o facto de se tratar de um investimento significativo e ser propriedade do Ministério da Defesa, sendo a maior ameaça, a manutenção do espaço e a possibilidade de ser comprado por um grupo hoteleiro para alojamento de luxo não vocacionado para a comunidade.

“Serra Sem Limites – a verdadeira deficiência é aquela que prende o ser humano por dentro e não por fora”

Este é um projeto piloto de cariz turístico, a ser implementado inicialmente na Serra da Arrábida, mas que poderia ser replicado em outras serras portuguesas. O objetivo da iniciativa é tornar o turismo de natureza acessível a todos, com ofertas que incluam informações de sustentabilidade e gestão comunitária dos ecossistemas, promovendo simultaneamente, a saúde física/mental e bem-estar de todos os visitantes (ODS 3). Idealizado para atender adequadamente aos requisitos de viagem para idosos, pessoas com mobilidade reduzida e

peessoas com deficiência visual ou auditiva, considerando as suas necessidades específicas, facilitando não apenas a escolha do destino, mas também a viagem em si.

Trata-se de um projeto inclusivo, que contempla, trilhos adaptados a pessoas com deficiência, devidamente acompanhadas por guias, informações acerca da fauna e flora da Serra, intérpretes de linguagem gestual e visitas sensoriais, promovendo educação de qualidade (ODS 4), acessibilidade para todos (ODS 10), e a proteção da vida selvagem e natural nos ecossistemas em questão (ODS 14 e 15). Além de isso, o projeto envolve toda a comunidade local no desenvolvimento das atividades propostas, criando oportunidades de emprego (ODS 8), e contribuindo para um ciclo cooperativo de informação–criação–conservação. O conhecimento adquirido através de especialistas e de projetos de ciência cidadã seria utilizado no desenvolvimento das diversas atividades, por forma a reduzir o impacto ambiental nos ecossistemas visitados.

Albergue “Peregrino Verde - um espaço onde, naturalmente, se pode sensibilizar a mudança de comportamentos potenciando a reflexão”

Este é um projeto que visa dinamizar e estender o itinerário português do Caminho de Santiago reconhecido pelo turismo de Portugal, na Estratégia Nacional de Turismo 2027, como sendo uma medida de valorização do território e da sua comunidade. O seu objetivo é colocar Portugal como um destino internacional espiritual e cultural. Baseado nesta premissa e na criação de uma nova rota que suscite o interesse em fazer as Rotas de Santiago, pretende proporcionar simultaneamente uma experiência única, especial e diferente a quem faz esta viagem espiritual, e que pense de forma responsável e sustentável, respeitando sempre os principais pilares deste projeto: sustentabilidade do espaço, a integridade social da região (as pessoas e sua cultura), o respeito pelo ambiente que circunda esta zona (património natural) e proporcione a economia circular/local desta região.

Este sonho - a criação do Albergue “Peregrino Verde” - nasce de três pessoas com forte sentido da espiritualidade que esta Rota traz a quem a inicia, e que aliaram ao seu respeito pelo ambiente, pelas gentes locais, pelo património natural desta região, pelo desenvolvimento de uma economia circular e local. Este modelo baseia-se em produtos regionais biológicos, onde todos ganham, desde os locais até aos peregrinos, no trajeto desde a Península de Setúbal do Caminho Português até Santiago de Compostela. Pretende que os turistas possam usufruir de uma acomodação onde o seu funcionamento se inspira na dinâmica social e nas práticas sustentáveis existentes. Pretende-se ainda contribuir para ODS 5 - igualdade do género, bem como como a ODS 3 - saúde de qualidade, obtida através da realização de cada etapa, concretizando um objetivo de cada vez que traga satisfação, bem estar físico e mental; a ODS

7 - energias renováveis e acessíveis, através do garante de que 100% da energia gerada pelo albergue é feito a partir de fontes naturais; ODS 10 - redução das desigualdades, desconstruindo-as através da estimulação da inclusão social, de partilhas e convívios entre peregrinos; ODS 12 - produção e consumo sustentáveis que parte de uma premissa de gestão sustentável, responsável e de uso eficiente dos recursos naturais que o espaço proporciona sempre em harmonia com a natureza, que acaba por se traduzir numa redução de desperdício através de comportamentos responsáveis; e ODS 17 - parcerias para a implementação dos objetivos com a intenção única de envolver projetos de parceiros já existentes nesta zona, bem como com o propósito de dar a conhecer e dinamizar o comércio e a cultura local a todos os hóspedes do albergue.

Este projeto pretende mostrar que a espiritualidade/religiosidade consegue ser transversal, e combinar com a natureza, o ambiente, a economia, a educação ambiental e a sociedade no sentido de permitir que todas as partes envolvidas possam usufruir e retirar os frutos que este projeto pode proporcionar. É um projeto que poderia ser enquadrado nos critérios de operador turístico apresentados pela Carta Europeia de Turismo Sustentável. O desenvolvimento social e económico que este irá gerar projetar-se-á num aumento dos visitantes/peregrinos na região, que se pretende que aumente a prosperidade social e a dinamização do setor económico da região. Por sua vez, a preservação e melhoramento da qualidade de vida dos habitantes locais vai permitir ao albergue “Peregrino Verde” criar postos de trabalho (ODS 8). A gestão dos fluxos de visitantes e aumento da qualidade da oferta turística do albergue pretende ser feita como um apoio a uma atividade turística inovadora na região, mas que não é assente em turismo de massas.

Algumas das oportunidades que este projeto Albergue “Peregrino Verde” traz à região é o sentido da importância de haver albergues que comunguem destes valores em todas as localidades na Rota do Caminhos de Santiago, nomeadamente: a atração de mais peregrinos; a consolidação do Caminho de Santiago no território, a criação de uma marca própria e única; a existência de património sacro/religioso e a atração um turismo responsável que no final se concretizará na gestão global de um projeto sustentado em boas práticas.

As maiores vulnerabilidades que este projeto poderá encontrar são os custos de manutenção/valor a pagar pelos peregrinos; a concorrência com outros alojamentos locais; a comunicação do espaço a quem se destina; e o encontrar parceiros que acreditem neste projeto para investimento a curto/médio prazo.

“Agroturismo”

O Agroturismo é uma modalidade que se tem implementado e desenvolvido em Portugal, sendo o seu sucesso decorrente da necessidade da sociedade, mesmo que temporária, se ausentar do ambiente citadino em troca do meio rural, que passou a ser sinónimo de vida saudável e de ligação com a natureza (DGT, 2004).

Neste conceito, esta proposta convida o visitante a ingressar temporariamente na família desta comunidade, que o acolhe e o convida a assistir e participar das tarefas quotidianas ligadas à agricultura, bem como atividades agropecuárias e turísticas. O visitante poderá degustar pratos típicos da região, promovendo e divulgando produtos produzidos por si, transmitindo assim ao visitante o seu legado cultural, pessoal, familiar e ambiental, bem como satisfazer dúvidas sobre o meio rural.

Neste projeto, é priorizada a sustentabilidade, tendo em consideração a agricultura biológica, a inclusão social, divulgação e sensibilização para a conciliação dos interesses de visita com os objetivos fundamentais da preservação e conservação da natureza. Pode-se assistir também à inclusão de animais nesta proposta de agroturismo, aproveitando os benefícios que a interação com os animais da quinta oferece, aos turistas. Alguns dos projetos existentes podem servir de exemplo Biovilla e Quinta da Arrábida. Sabe-se que a relação Homem/Ambiente, teve, tem e terá sempre impacto e benefícios na sua saúde física e mental

Mais do que turismo e natureza, o agroturismo tem a responsabilidade de recuperar tradições, história local, promover e garantir proteção de todo o meio que o envolve e em parcerias/trabalho em rede local, tornar a recuperar o respeito, que todos devemos ter pelo planeta Terra.

“Rede de Turismo Sustentável”

Esta proposta teve como principal objetivo a criação de uma rede de parceiros locais promotores de boas práticas de turismo sustentável e de desenvolvimento sustentável da região Arrábida.

Esta rede de parceiros destina-se a promover a proteção e conservação da bioregião Arrábida, envolvendo todas as partes interessadas, os operadores turísticos, unidades hoteleiras, empresários da região e arredores, mas também de planificar o turismo sustentável de forma eficaz e contribuir para uma melhoria contínua da região Arrábida.

Com esta rede de parcerias a proposta pretende ir de encontro às premissas do Concelho Global de Turismo Sustentável através do cumprimento dos critérios estabelecidos para a certificação de destino sustentável como promotora de turismo sustentável em Áreas Naturais Protegidas, conforme estabelece a Carta Europeia de Turismo Sustentável (CETS) (EUROPARC, 2010).

A adesão a qualquer um dos programas de certificação de turismo sustentável para a região da Arrábida ajudará e suportará toda a região e parceiros a contribuírem para a Agenda 2030 (EU, 2021; ONGD, 2020) e a incorporar uma rede de destinos sustentáveis.

A adesão à CETS, pelas condições desta região, pareceu ser a forma mais expedita para avançar para uma proposta de turismo sustentável na Arrábida, para isso identificou-se os principais passos a cumprir por parte da área protegida e os parceiros locais, nomeadamente:

- Criação de um fórum de turismo sustentável, composto por autoridades responsáveis pelas áreas naturais protegidas, autoridades municipais, organizações da sociedade civil e de conservação e os representantes de empresas turísticas;
- Definição de uma estratégia e plano de ação;
- Criação de uma associação e comunicação para a rede;
- Avaliação, monitoramento e revisão da estrutura criada de acordo com os requisitos estabelecidos.

Para perceber as perspetivas de promoção desta iniciativa, foi realizada uma análise SWOT na Casa da Baía em Setúbal (um dos destinos turísticos de Setúbal) com um pequeno grupo de agentes locais.

Como resultado da análise, foram identificados vários aspetos. Como pontos fortes - a presença de projetos idênticos desde o nível regional ao internacional, bem como a diversidade do património natural e histórico-cultural, que constituem a autenticidade da região. A falta de uma estratégia comum para a região e o problema do *greenwashing* em Setúbal (provocado por indústria da região) foram vistos como os pontos fracos. Por sua vez, como as oportunidades foram identificadas: o entendimento dos *stakeholders* sobre a proteção, conservação e desenvolvimento do turismo sustentável na Serra da Arrábida, Rio Sado/Estuário; a possibilidade de desenvolver a monitorização de actividades, empresas, operadores, etc., bem como a criação de novas oportunidades de emprego, negócios, parcerias, investigação no domínio da proteção do ambiente. Como ameaças foram referidas a diversidade de opiniões e objetivos políticos na região e a baixa rentabilidade deste tipo de turismo devido à sua dependência da sazonalidade.

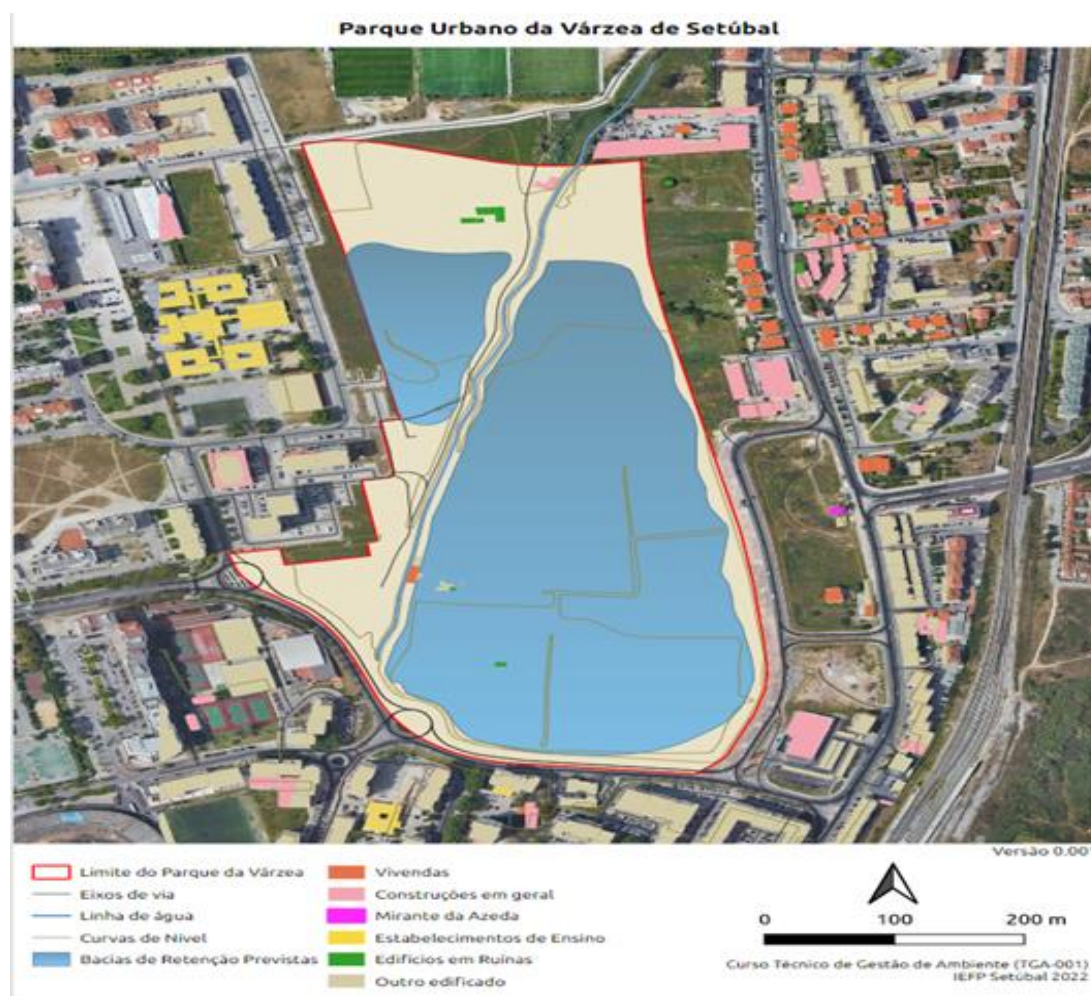
A educação tem um papel transversal na capacitação de toda a rede local aquando do decorrer do processo de certificação e de aplicação de boas praticas. É um processo contínuo, mas essencial para que todas as partes envolvidas, contribuam de forma ativa, imaginativa, apelativa e regenerativa.

A procura de locais e atividades para férias ou fins-de-semana na região da Arrábida é crescente. Especialmente os turistas procuram empresas que ofereçam atividades ecológicas e sustentáveis. A rede de parceiros proposta procurará desenvolver atividades que incluam assistência, educação, informação, intervenção na aprendizagem e que permitam que todos os seus associados caminhem na mesma direção e estejam alinhados com vista ao desenvolvimento de cidades e comunidades sustentáveis (ODS 4, 11, 13).

Desenho regenerativo de Parque Urbano da Várzea, baseado no modelo eco sistémico Arrábida

A Várzea de Setúbal, composta por uma extensa área verde, solos férteis e um importante leito de cheia, localiza-se na zona central da cidade (Fig.2). Esta “infraestrutura verde” deverá ser o suporte de ecossistemas autóctones, ter funções de corredor ecológico ao providenciar habitats para fauna e flora, constituir um filtro de ar e água, funções sociais e culturais ao promover um equilíbrio estético e paisagístico, proporcionando à população espaços livres de recreio e lazer.

Fig.2 – Delimitação do Parque Urbano da Várzea através da disciplina de SIG, com identificação dos principais equipamentos dentro e na proximidade (aplicação QGIS).



Enquanto futuros Técnicos de Gestão do Ambiente, o grupo formativo TGA – 001 intenciona que o Parque Urbano da Várzea possa oferecer e desenvolver equipamentos e espaços que providenciem a promoção de educação para o desenvolvimento sustentável, que alia educação ambiental, equidade social e promoção de práticas de economia circular, de forma a proporcionar a todos um espaço que respeite a vida e a diversidade e para que o tornemos mobilizador de consciências.

Os trabalhos desenvolvidos pela turma, pretenderam ser uma mais-valia para o Município de Setúbal, na medida em que permitem uma troca de experiências e ideias, relacionadas com as políticas da atualidade e orientadas para o futuro, no âmbito da educação, visando sensibilizar a comunidade para a causa ambiental.

Fig.3 – Delimitação do Parque Urbano da Várzea e Horta comunitária, através da disciplina de SIG (aplicação QGIS)



No âmbito da unidade formativa de “Intervenção no Território”, o grupo formativo, teve conhecimento do projeto do Parque Urbano da Várzea por parte dos técnicos do Departamento de Urbanismo da Autarquia de Setúbal, e de seguida partilhou as suas visões e perspetivas para que este espaço seja convertido “numa mancha florestal, onde as diferentes espécies possam co-habitar”. Este foi um processo participativo de co-desenhar um parque público que tenha na sua base a regeneração de um espaço, assente na herança territorial da Arrábida. Como exemplos de atividades, equipamentos e ações a desenvolver, destacam-se os exemplos sugeridos pela turma TGA-001, relativamente a:

- *Equipamentos/infraestruturas* - a criação de espaço de anfiteatro aberto, restaurante com museu fornecido com produtos locais e agroecológicos da rede local, um espaço para estufa fria / jardim botânico, um borboletário, linhas de água com galerias ripícolas, uma Quintinha LAB com o intuito de partilha de boas práticas educativas baseadas no conhecimento ancestral e num laboratório vivo experiencial. Pode também abrir espaço para acolher animais da quinta e espaço “Vet” gratuito. Uma biblioteca e parque infantil com materiais reciclados e espaço para casas de banho sustentáveis, como WCs secas ou convencionais com sistema de tratamento próprio, por exemplo com a instalação de um Fito-ETAR, como vertente educativa.

- *Potenciamento do espaço* - promoção de uma área natural com bacia de retenção, imitando um lago natural, ou seja, um desenho paisagístico que inclui espécies autóctones, campo de prado, pomar de laranjeiras da região, bem como um espaço de agrofloresta, favorecendo desta forma a floresta mediterrânica.

Como atividades salientam-se as relacionadas com horta pedagógica e a “*Land Art*”, oficinas lúdicas, promoção de feira bio e agroecológica, workshops de partilha de saberes, promovida pelos espaço “Anciões”.

Conclusão

A Humanidade mostrou ao longo dos tempos que aprendeu a dominar e modificar a natureza para poder melhor aproveitá-la. Da mesma forma, estabeleceu outros hábitos de vida que, por conseguinte, levaram ao aparecimento de novas necessidades e novas técnicas para preencherem essas necessidades e que têm andado a provocar sérios danos na biodiversidade. De acordo com a Organização das Nações Unidas “*o Homem, enquanto criatura e criador do ambiente, que lhe assegura a subsistência física e lhe dá a possibilidade de desenvolvimento intelectual, moral e espiritual, adquiriu o poder de transformar o ambiente de inúmeras maneiras e numa escala sem precedentes*” (ONU, 1974).

Assim, neste contexto, é fundamental educar a população para que assuma responsabilidades no que diz respeito à melhoria e preservação do ambiente. É imperativo sensibilizar e consciencializar os cidadãos para os problemas que afetam o ambiente, global, regional e local. Estes são passos essenciais no processo de mudança de atitudes e comportamentos que possibilitam a (re)construção de um melhor ambiente. A sensibilização e a consciencialização devem ser desenvolvidas em toda a população para que possam desenvolver uma consciência sobre estilos de vida sustentáveis que possa fazer a diferença no que respeita à preservação do ambiente e continuar o legado que nos incube de passar as gerações futuras. Surge assim a necessidade em desenvolver programas e ações de carácter educativo que promovam mudanças profundas e progressivas na escala de valores e atitudes dominantes da sociedade atual, com o objetivo de construir um novo estilo de vida individual e coletivo.

A experiência adquirida no desenvolvimento do curso TGA-001 e os exemplos de alguns dos seus resultados finais, apresentados neste artigo, mostram que estas contribuições podem ser feitas por meio de cursos profissionais. No entanto, devem incluir uma abordagem inovadora, como foi o caso do curso analisado. Cursos desse género devem ter como principal objetivo a formação de especialistas que contenham não apenas sólidos conhecimentos teóricos, mas também habilidades para aplicá-los na prática. Desta forma, os promotores do TGA 001 em Setúbal procuraram desenvolver o curso de forma a centrar-se na formação de técnicos que, através dos seus trabalhos práticos, desenvolvidos ao longo de curso, aprenderam a contribuir para o ordenamento territorial da região da Arrábida mais sustentável. Este objetivo foi alcançado através de um grande número de aulas práticas, visitas de estudo, entrevistas a profissionais e empresas que desenvolvem sua atividade área protegida da Arrábida (PNA e RNES), participações nos seminários, oficinas práticas e congressos, bem como através de uma interação mais profunda entre formandos e formadores e no convite às entidades coordenadoras dos cursos técnicos profissionais para a aplicação de sistemas de gestão sustentáveis na organização.

Bibliografia

- Biovilla. (n.d.). *Biovilla somos natureza em regeneração*. Retrieved from <https://biovilla.org/>
- Câmara Municipal de Setúbal. (2016). *Plano Estratégico de Desenvolvimento Setúbal 2026. Relatório final*. Setúbal. Retrieved from https://www.mun-setubal.pt/wp-content/uploads/2021/10/RPDMS_A_Plano-Estratégico-de-Desenvolvimento.pdf
- Comino, E., & Ferretti, V. (2016). Indicators-based spatial SWOT analysis: Supporting the strategic planning and management of complex territorial systems. *Ecological Indicators*, 60, 1104–1117. doi: 10.1016/j.ecolind.2015.09.003
- DGT. (2004). *O turismo no espaço rural em 2003*. Lisboa.

- EU. (2021). *Estratégia de biodiversidade da UE para 2030*. Brussels. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:4459196>
- EUROPARC. (2010). *European Charter for Sustainable Tourism (ECST)*. Retrieved from <https://www.europarc.org/wp-content/uploads/2015/05/2010-European-Charter-for-Sustainable-Tourism-in-Protected-Areas.pdf>
- Harris, R., Griffin, T., & Williams, P. (2002). *Sustainable Tourism: a global perspective* (Routledge). London.
- Jeremic, V., Radojicic, Z., & Dobrota, M. (2016). *Emerging Trends in the Development and Application of Composite Indicators* (IGI Global). USA.
- Lijing, Y., Yonghong, N., & Yanli, X. (2011). Sustainable Development and Formation of Harmonious Nature. *Energy Procedia*, 5, 629–632. doi: 10.1016/j.egypro.2011.03.110
- Nasibulina, A. (2015). Education for Sustainable Development and Environmental Ethics. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 214, 1077–1082. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.11.708
- ONGD. (2020). *Portugal e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Retrieved from <https://www.plataformaongd.pt/uploads/subcanais2/portugaleaagenda2030paraodesenvolvimentosustentavel.pdf>
- ONU. (n.d.). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Retrieved from <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- ONU. (1974). *Declaração de Estocolmo sobre o ambiente humano*. Retrieved from <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2167.pdf>
- Quinta da Arrábida. (n.d.). *At the heart of the Arrábida Natural Park*. Retrieved from <https://quintadaarrabida.pt/>
- Rodrigues, C., Figueiras, R., & Junqueira, V. (2016). *Desigualdade do rendimento e pobreza em Portugal: as consequências sociais do programa de ajustamento*. Lisboa: Lisboa.
- UNESCO. (2020). *Education for sustainable development: a roadmap*. Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374802>

PARTE III – VULNERABILIDADES E AMBIENTE

As alterações climáticas e a saúde em Portugal

Edgar Canais, Instituto Politécnico de Setúbal, ESS, NURSE'IN-UESI, edgar.canais@ess.ips.pt
Ana Filipa Poeira, Instituto Politécnico de Setúbal, ESS, NURSE'IN-UESI, ana.poeira@ess.ips.pt

Resumo

Problemática: Portugal é um dos países com maior carga de doença da Europa, sendo que as alterações climáticas estão a provocar consequências na vida dos mais vulneráveis de uma forma mais severa. Desde o século XIX, com o acentuar da industrialização, que temos assistido progressivamente a vários efeitos provocados pelas alterações climáticas. As estatísticas demonstram a associação entre a alteração dos padrões climáticos com a falta de saúde e a morte prematura dos mais vulneráveis. Se acrescentarmos a inércia da tomada de ações nas últimas décadas nos ODS, espera-se que as alterações climáticas levem num futuro próximo a grandes mudanças das “políticas públicas”, com grande impacto nos determinantes de saúde da população. As alterações climáticas estão a provocar um retrocesso na esperança de vida de acordo com os padrões de vida das pessoas. Embora o conhecimento acumulado tenha permitido identificar e combater as principais causas de morte em Portugal, hoje a alteração dos padrões climáticos apresenta-se novamente como uma das principais causas de morte e morbilidade ainda pouco estudada.

Metodologia: Apresenta-se uma análise crítica e reflexiva sobre os principais impactos das alterações climáticas na saúde dos portugueses, focada nas populações mais vulneráveis através de “escolhas de estilo de vida” e “avaliação do risco das doenças” associado aos principais determinantes de saúde.

Conclusão: As alterações climáticas estão a produzir efeitos profundos e duradouros na saúde dos portugueses. Estão a agravar as fragilidades que caracterizam a nossa sociedade contemporânea, evidenciando a fraca capacidade de resposta da proteção em saúde, assim como o agravamento dos níveis de saúde dos mais vulneráveis. Estas alterações agravam as desigualdades sociais.

Palavras-chave: Alterações Climáticas, Saúde, Vulnerabilidades.

Abstract

Problem: Portugal is one of the countries with the highest burden of disease in Europe, and climate change is having a more severe impact on the lives of the most vulnerable. Since the 19th century, with the rise of industrialization, we have progressively witnessed various effects caused by climate change. Statistics demonstrate the association between changing weather patterns and poor health and the premature death of the most vulnerable. If we add the inertia of action taken in recent decades to the SDGs, it is expected that climate change will lead soon to major changes in “public policies”, with a great impact on the health determinants of the population. Climate change is causing life expectancy to decline in line with people's living standards. Although the accumulated knowledge has made it possible to identify and combat the main causes of death in Portugal, today the change in weather patterns is once again one of the main causes of death and morbidity that is still poorly studied.

Methodology: A critical and reflective analysis is presented on the main impacts of climate change on the health of the Portuguese, focused on the most vulnerable populations through “lifestyle choices” and “disease risk assessment” associated with the main health determinants.

Conclusion: Climate change is having profound and lasting effects on the health of the Portuguese. It is aggravating the weaknesses that characterize our contemporary society, highlighting the weak response capacity of health protection, as well as the worsening of the health levels of the most vulnerable. These changes, once again, are a factor of social class distinction and differentiate the base of the social pyramid.

Keywords: Climate Change, Health, Vulnerabilities.

Introdução

A década de 2011 a 2020 foi a mais quente que alguma vez se registou na Europa, as temperaturas médias globais tenham aumentado desde a Revolução Industrial. A última década foi a mais quente de que há registo, verificando-se que dos 20 anos mais quentes, 19 ocorreram posteriormente a 2000 (Parlamento Europeu, 2021).

Em 2019 a temperatura média mundial atingiu 1,1°C acima dos níveis pré-industriais. A atividade humana na procura do seu bem-estar tem provocado um aquecimento do planeta, que tem aumentado em média de 0,2 °C por década que passa. Um aumento de 2 °C em relação às temperaturas da época pré-industrial tem um impacto negativo considerável no ambiente natural e na saúde e bem-estar humanos, incluindo um risco muito mais elevado de ocorrerem alterações ambientais perigosas – e, eventualmente catastróficas – a nível mundial (Comissão Europeia, 2021).

Os dados estatísticos permitem-nos fazer a associação entre as alterações dos padrões climáticos e o seu contributo para a falta de saúde das pessoas e morte prematura sofrida pela população, com maior incidência nos grupos das pessoas mais vulneráveis. As alterações climáticas estão a provocar um retrocesso na esperança de vida de acordo com os padrões de vida atuais. Embora o conhecimento acumulado tenha permitido identificar e combater as principais causas de morte em Portugal, hoje a alteração dos padrões climáticos apresenta-se novamente como uma das principais causas de morte e morbilidade ainda pouco estudada (Parlamento Europeu, 2018).

O Artigo 64º da Constituição portuguesa, apresenta-nos a garantia constitucional do direito à proteção da saúde, no seu número 1 “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.” O número 2 do mesmo artigo diz-nos que essa garantia constitucional é assegurada pela Serviço Nacional de Saúde (SNS): “O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um de um serviço nacional de saúde universal e geral (...)” reforçando também, na alinha b) do mesmo número, a importância dos determinantes em saúde: “Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda o desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudáveis”.

Quando analisamos as políticas públicas dos vários governos nas últimas décadas em Portugal que versam esta problemática, verificamos que as medidas traçadas ou implementadas foram

escassas, desarticuladas ou parcas em resultados, verificamos uma inércia na tomada de ações que contribuam para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), (Comissão Europeia, 2021), acompanhada também por uma diminuta integração da declaração de Helsínquia no reforço da “Saúde em todas as Políticas” (OMS, 2013). Esta centra-se no papel dos governos para melhorar a saúde da população, pois todas as políticas e decisões públicas, tomadas em todos os setores e em diferentes níveis da governação, podem ter influência e um impacto significativo sobre a saúde, nomeadamente sobre a capacidade dos sistemas de saúde para proteger e responder às necessidades de saúde das pessoas (Declaração de Helsínquia, 2013).

Espera-se que os ODS promovam num futuro próximo grandes mudanças das “políticas públicas”, com impacto positivo nos determinantes de saúde da população. Por este motivo, a comunidade internacional reconheceu a necessidade de manter o aquecimento global abaixo dos 2 °C e de prosseguir os esforços para o limitar a 1,5 °C, estando Portugal através dos seus governos, comprometido no alcance deste desiderato (Parlamento Europeu, 2021).

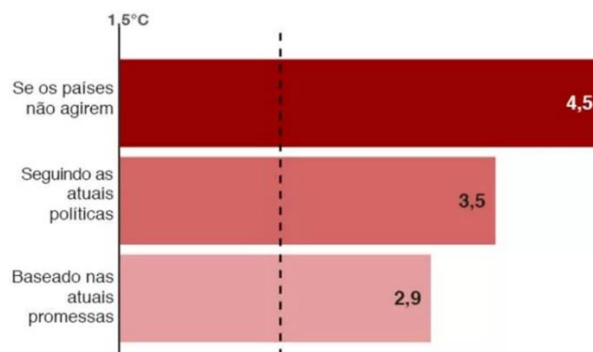
Evolução do aquecimento global do planeta

O relatório especial do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC, 2018) sobre os impactos do aquecimento global de 1,5 °C acima dos níveis pré-industriais e respetivas trajetórias de emissão de gases de efeito estufa, no contexto do fortalecimento da resposta global à ameaça da mudança do clima, deixa claro que, para proteger o mundo dos impactos mais devastadores da mudança climática, os países devem tomar medidas mais ambiciosas nomeadamente sobre as emissões de gases com efeito de estufa. Pode também verificar-se que embora exista progresso na tomada de medidas, estas ainda não são suficientes.

De acordo com a análise científica independente “Climate Action Tracker (CAT)” produzida por duas organizações de pesquisa que acompanham a ação climática desde 2009, podemos observar na figura 1 a média do aquecimento global projetada para o ano 2100 antes da integração das medidas consequentes do Acordo de Paris (Climate Action Tracker, 2017). De acordo com esta projeção, e tendo em conta os compromissos que os governos assumiram e as respetivas medidas que se propuseram colocar em ação, podemos constatar que o aumento médio do aquecimento global em 2100 é de 2,9 °C. Reforça-se assim que estes compromissos assumidos serão insuficientes para manter a meta de 1,5 °C. No entanto, se os governos não agirem, mantendo só as medidas atuais em curso, e não colocando as medidas acordadas em ação, o aumento médio do aquecimento global em 2100 será de 3,5 °C (Figura 1). Caso os

governos não implementem medidas neste sentido, o aumento médio do aquecimento global em 2100 poderá ser de 4,5 °C, valor catastrófico para a manutenção da vida no planeta (Figura 1).

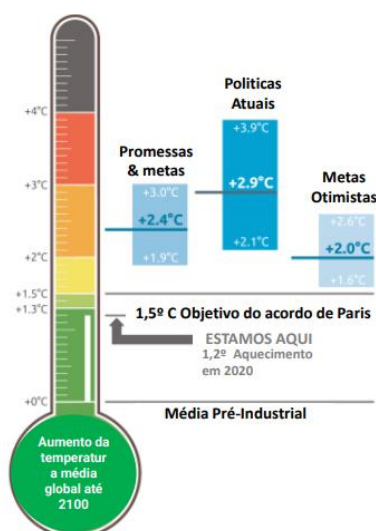
Figura 1 - Média de aquecimento global (°C) projetada para 2100, cenário pré-Acordo de Paris.



Fonte: Climate Action Tracker (2017) - <https://newclimate.org/resources/publications/climate-action-tracker-global-update-climate-summit-momentum> informação recolhida em 17/04/2022.

Face a esta perspetiva catastrófica, o acordo de Paris de 2015 cuja entrada em vigor foi em outubro de 2016, veio alavancar as políticas e os recursos que os governos tinham à sua disposição, para inverter esta situação urgente. Em 2021 na mesma linha da projeção de 2017, face à maior disponibilidade de informação, sobre a tomada de ações dos governos, é-nos permitido ter hoje um conhecimento mais profundo da realidade, e projetar um cenário, de um aumento médio do aquecimento global do planeta em 2100 como se pode observar na figura 2.

Figura 2 - Média de aquecimento global (°C) projetada para 2100, cenário pós implantação do Acordo de Paris.



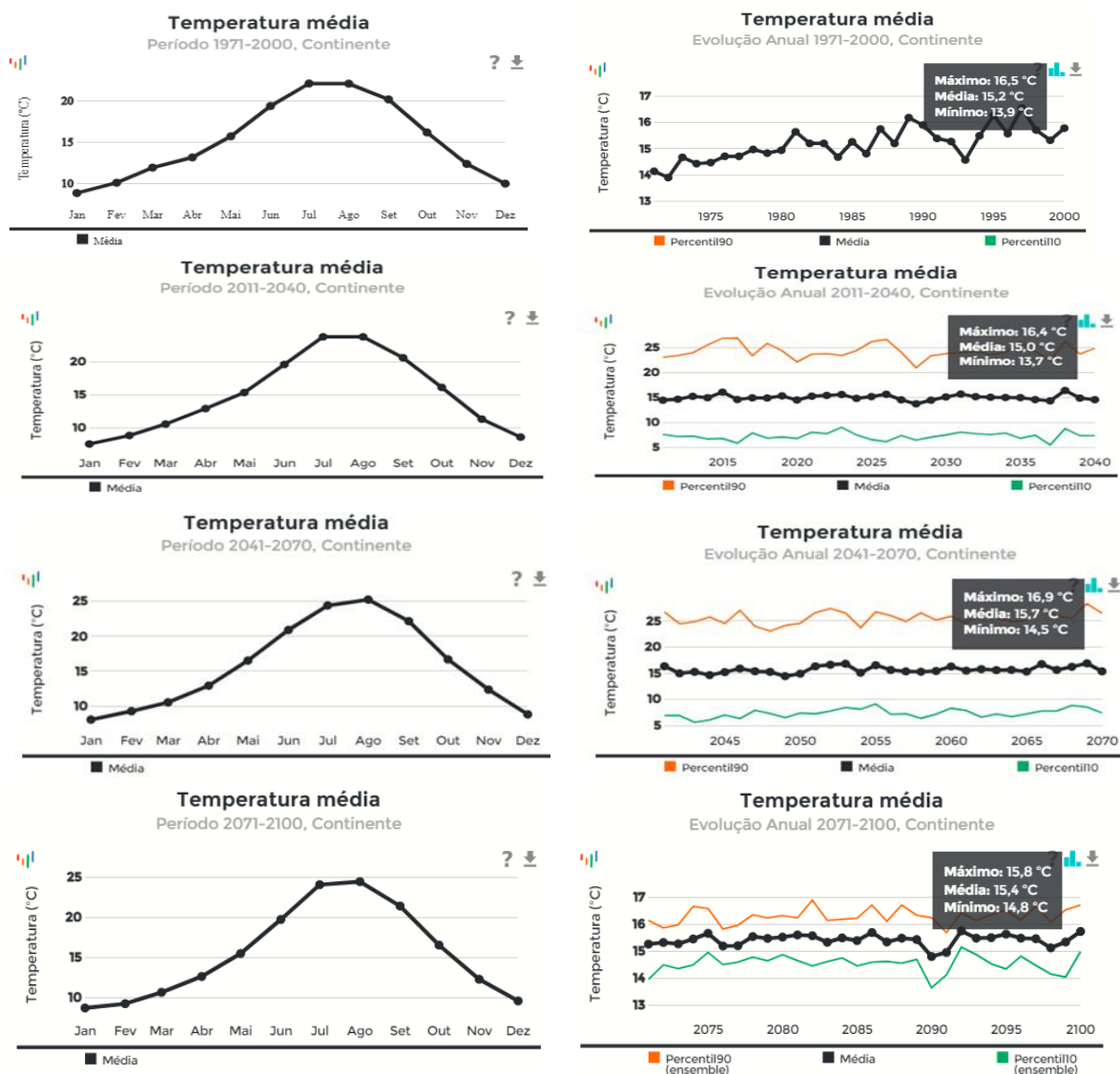
Fonte: Climate Action Tracker (2021) - [Global Update - Climate summit momentum - May 2021 \(climateactiontracker.org\)](https://climateactiontracker.org) informação recolhida em 17/04/2022.

Embora o cenário no ano de 2100 não seja tão catastrófico, este deve ser alvo de reflexão de todos, e em especial dos governantes, uma vez que mesmo com a implementação das medidas e metas mais otimistas, o valor do aumento médio do aquecimento global em 2100 será de 2 °C, superior ao valor tido como objetivo no acordo de Paris, que seria de um aumento de 1,5 °C. Este cenário alerta-nos para a necessidade de continuarmos as medidas em curso e da procura de novas medidas que possam contribuir para este objetivo.

Evolução da temperatura média do ar em Portugal 1971-2100

A temperatura média do ar em Portugal de acordo com o histórico e com as projeções do Instituto Português do Mar e da Atmosfera tem tendência para aumentar, como se pode observar na figura 3.

Figura 3 - Evolução da temperatura média do ar em Portugal 1971-2100



Fonte: PORTAL DO CLIMA 2022, informação recolhida em 18/04/2022

Embora aparentemente a temperatura média não oscile muito, esta não deixa de ser preocupante, pois verifica-se que ao longo do tempo iremos ter verões cada vez mais quentes e invernos cada vez mais frios. Salientar que, em Portugal, mesmo com as medidas e metas em curso do acordo de Paris, é expectável que a temperatura média aumente 1°C (Instituto Português do Mar e da Atmosfera, 2022), com consequências nefastas para a população em geral.

Portugal afetado por eventos climáticos extremos

O relatório sobre o ambiente na Europa de 2020, em linha com o relatório do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC) de 2018, com o Relatório de Avaliação Global sobre Biodiversidade e Serviços Ecossistêmicos (IPBES) de 2019, com o Relatório Anual da ONU, Meio Ambiente 2016, refere que é urgente: capacitar as pessoas na proteção do planeta. Todos os relatórios em causa apresentam mensagens de urgência muito idênticas: os caminhos que estão a ser percorridos atualmente são insustentáveis, precisamos de alterar a produção de bens e o consumo excessivo assim como o desperdício. Estes relatórios referem que não temos tempo a perder, que nos encontramos no momento em que o impacto das alterações climáticas poderá não ter retorno no Planeta e em especial em Portugal, uma vez que o clima mediterrânico tenderá a desaparecer caso se mantenha este nível insuficiente de medidas para alterar estes fatores.

Constata-se que Portugal é o país europeu mais afetado por eventos climáticos extremos (Agência Europeia do Ambiente, 2020):

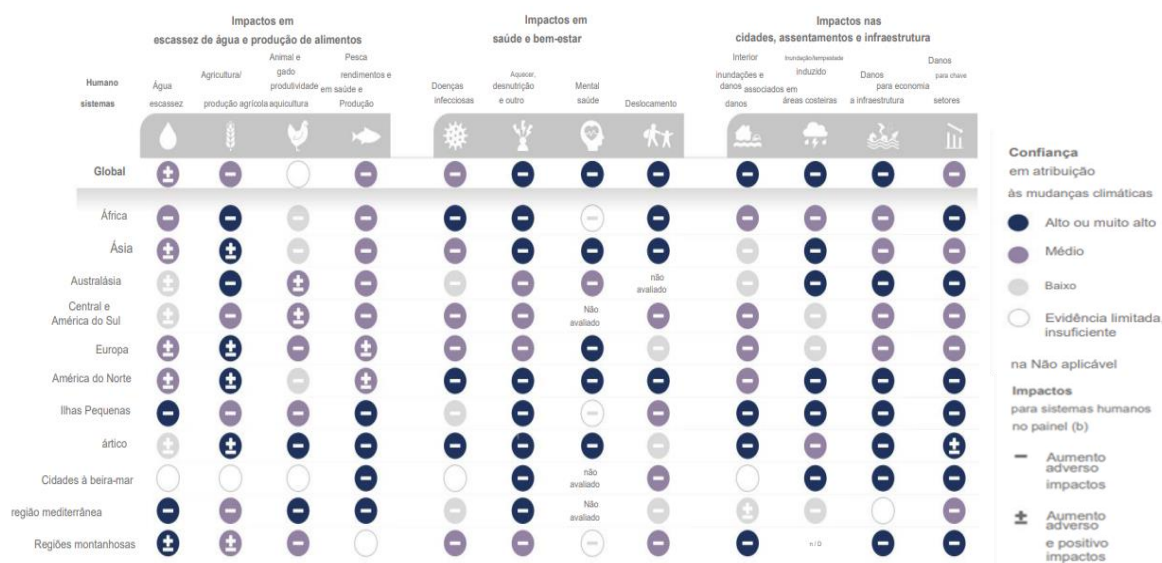
- ✓ Ocupa o 5.º lugar em termos de mortes prematuras e perdas económicas.
- ✓ Nos últimos 40 anos teve 9.267 mortes prematuras.
- ✓ Um dos países onde o impacto económico no PIB é mais acentuado, representando 1,5% a 2,5% entre 2005 e 2014.
- ✓ Entre 1980 e 2020, as alterações climáticas representaram, em média, custos de 25,00 a 37,50 euros por pessoa por ano.

Impactos observados das mudanças climáticas nos sistemas humanos

As mudanças climáticas estão a provocar alterações com impactos severos nos sistemas humanos (Roberts DC. et al., 2022), a nível global, europeu e em especial na zona mediterrânica, como se pode observar na figura 4. Verificam-se eventos adversos como a escassez de água e redução na produção de alimentos, com consequência direta na saúde e

bem-estar, em especial com o agravamento do problema da desnutrição, nas infraestruturas e economia.

Figura 4 - Impactos observados das mudanças climáticas nos sistemas humanos



Fonte: Roberts D C. et al. 2022. Mudanças Climáticas 2022 - Impactos, Adaptação e Vulnerabilidade. Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas, [World Meteorological Organization](https://www.wmo.int)

As alterações climáticas afetam a saúde pública

Na Europa, “as alterações climáticas já estão a afetar a saúde pública e continuarão a afetá-la no futuro” (Agência Europeia Ambiente, 2021). De acordo com esta agência a saúde pública na Europa está a ser afetada em múltiplas dimensões. A saúde das populações é afetada pelos impactos imediatos dos eventos climáticos, no entanto espera-se que a longo prazo estes possam também ter efeitos nos sistemas de saúde humanos.

A Agência Europeia do Ambiente estimou que no ano de 2000 as alterações dos padrões climáticos foram a causa de 150 000 vítimas mortais em todo o mundo (Agência Europeia Ambiente, 2021). A OMS prevê que, até 2040, essas mortes aumentem para 250 000 por ano, a nível mundial.

A Europa é uma das zonas mais vulneráveis aos eventos climáticos extremos (Agência Europeia Ambiente, 2021), estes irão ter impacto na saúde das pessoas:

- ✓ Prevê-se que, em 2050, as ondas de calor causem 120 000 mortes adicionais por ano na União Europeia e tenham um custo económico de 150 mil milhões de euros.
- ✓ A poluição atmosférica pode causar problemas respiratórios e cardiovasculares, sobretudo em crianças e idosos, e levar a mortes prematuras.

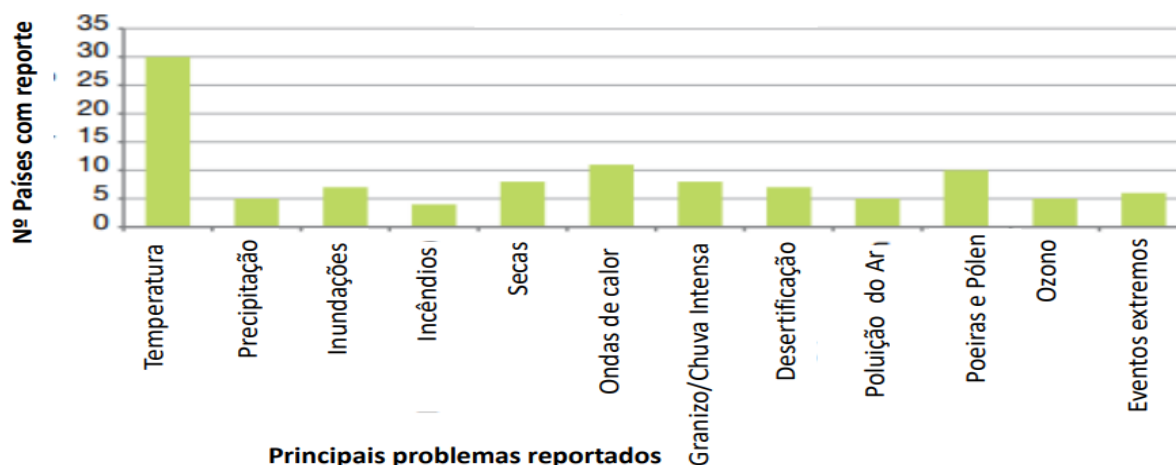
- ✓ As temperaturas mais altas, os invernos mais suaves e os verões mais húmidos estão a expandir a área de determinados insetos transmissores de doenças.
- ✓ As variações da temperatura e da precipitação afetem a capacidade de produção alimentar - acessibilidade a alimento.

Alterações Climáticas e Saúde

O ambiente influencia a vida das pessoas, e pode provocar alterações significativas na sua qualidade de vida e no seu estado de saúde. Segundo a OMS no relatório de 2015, Melhorando o meio ambiente e a saúde na Europa: até onde chegámos? , “A perda de um em cada quatro anos de vida saudável resulta de onde e como as pessoas vivem e interagem com seu ambiente.” Acrescenta ainda que o “meio ambiente sempre foi crucial para sustentar a saúde e o bem-estar humano, por meio dos múltiplos benefícios proporcionados pelos ecossistemas, ar puro e água potável segura. O meio ambiente é fonte tanto de saúde quanto de doença e é um recurso essencial para a sobrevivência e o desenvolvimento das pessoas e das sociedades” (OMS, 2015).

Mais de metade das doenças infecciosas humanas conhecidas, como dengue, hepatite, pneumonia, malária, zika e outras, podem ser agravadas pelas mudanças climáticas (OMS, 2015).

Figura 5 – Problemas associados às alterações do clima



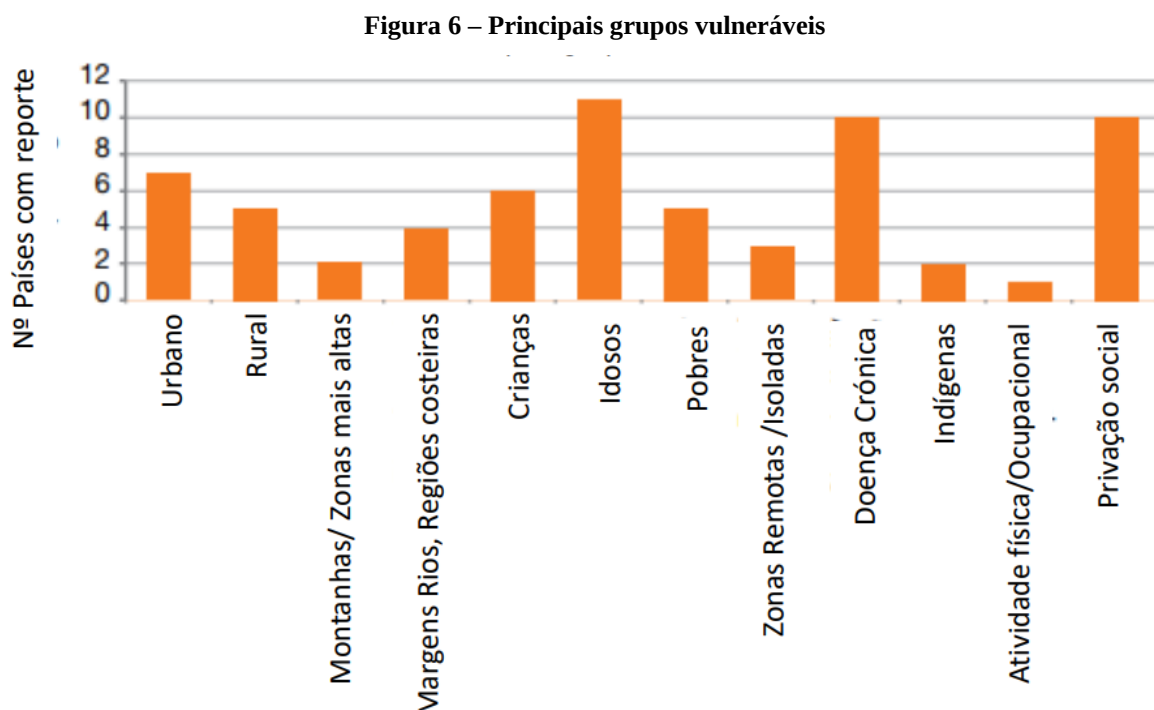
Fonte: Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a Europa e Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa. (2015). Melhorando o meio ambiente e a saúde na Europa: até onde chegámos? Disponível: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344379>

Na edição 2020 do Relatório Mundial de Desenvolvimento Hídrico das Nações Unidas (ONU WWDR, 2020) intitulado Água e Mudanças Climáticas, no relatório Unidos na Ciência 2022 da Organização Meteorológica Mundial (OMM, 2022), no sexto relatório de avaliação do IPCC (Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas - ONU) Mudanças

Climáticas 2022: Mitigação das Mudanças Climáticas (IPCC, 2022), são apresentados os principais problemas associados às alterações climáticas, como se pode observar na Figura 6.

O problema mais reportado ao nível da Europa pelos países está associado ao aumento da temperatura (30), seguido das ondas de calor (11), poeiras e pólen (10), secas (8), granizo e chuva intensa (8), inundações (7), eventos extremos (6), precipitação (5), poluição do ar (5), ozono (5), incêndios (4), com tendência a agravar e a envolver cada vez mais países.

De acordo com a OMS Europa (2015), estes problemas têm um maior impacto nos grupos de pessoas mais vulneráveis. Como podemos observar na figura 6 são os idosos, as pessoas com doença crónica e as que vivem em privação material as mais afetadas pelos problemas consequentes das alterações climáticas.



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a Europa e Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa. (2015). Melhorando o meio ambiente e a saúde na Europa: até onde chegámos? Disponível: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344379>.

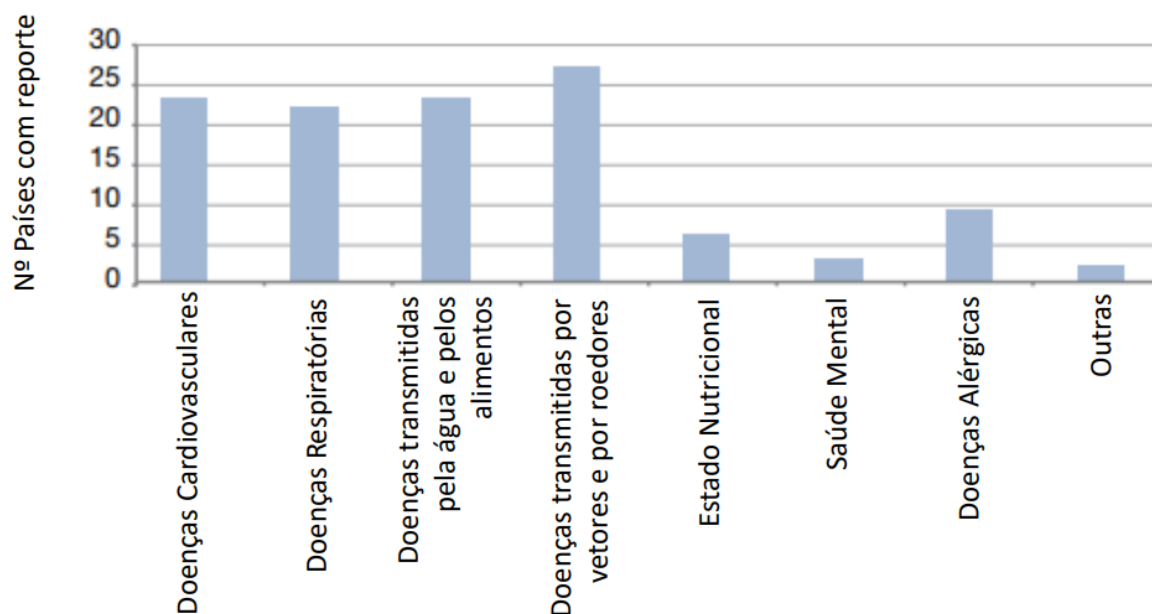
Na análise quando confrontamos com outros estudos, constatamos também que são os idosos que apresentam na sua globalidade esta tríade (Idosos/Doentes/Pobres) o que potencia o efeito destes problemas, agravados pelas alterações climáticas.

De entre os mais vulneráveis além dos idosos, temos as pessoas com doença crónica, em situação de privação material, a viver em meio urbano, as crianças, os pobres, a viver no mundo rural, quem vive em zonas mais remotas ou isoladas, nas montanhas, indígenas e também quem

prática atividade física ou tem ocupação. Esta situação agrava-se nos países europeus quando se combina mais do que uma vulnerabilidade na mesma pessoa (OMS Europa, 2015).

O mesmo relatório enumera os impactos na saúde dos problemas anteriores, consequência das alterações climáticas. Na Europa os países reportam que aumentou o número de determinadas doenças, que já se encontravam também numa situação preocupante quanto ao seu impacto no bem-estar das pessoas.

Figura 7 – Principais impactos de saúde



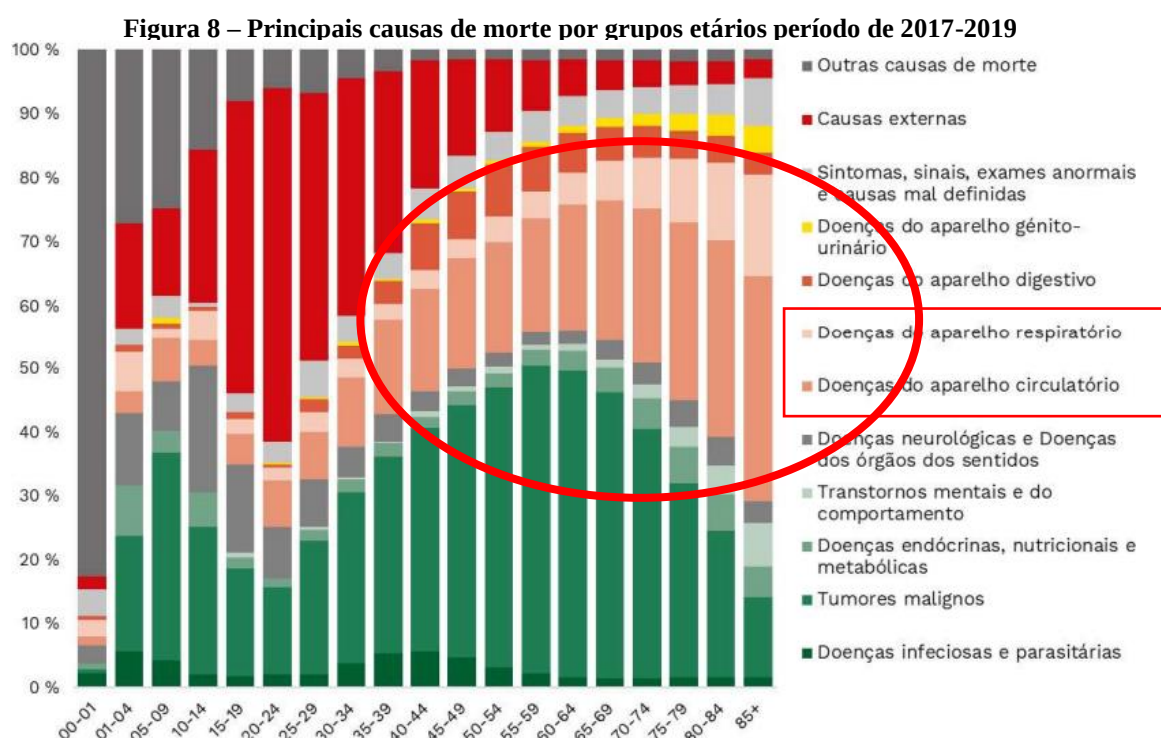
Fonte: Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a Europa e Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa. (2015). Melhorando o meio ambiente e a saúde na Europa: até onde chegámos? Disponível: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344379>.

Os problemas de saúde que estão a aumentar nestes países europeus, associados às alterações climáticas como se pode observar na figura 7, têm especial impacto ao nível das doenças transmitidas por vetores e por roedores, nas doenças transmitidas pela água e pelos alimentos, nas doenças cardiovasculares e nas doenças respiratórias. Reflete-se também, ainda que em menor número de países, em impactos no grupo das doenças alérgicas, no estado nutricional e na saúde mental. Os impactos são múltiplos no nível de saúde de cada pessoa, agravados pela vulnerabilidade já de sim imposta, com agravamento da multimorbilidade (OMS, 2015).

Problemas de Saúde em Portugal

Portugal como referido anteriormente, é o país europeu mais afetado por eventos climáticos extremos (IPCC, 2018), logo mais exposto aos impactos dessas alterações climáticas. Se analisarmos as principais causas de morte no período 2017 a 2019, nos 3 anos antecedentes à

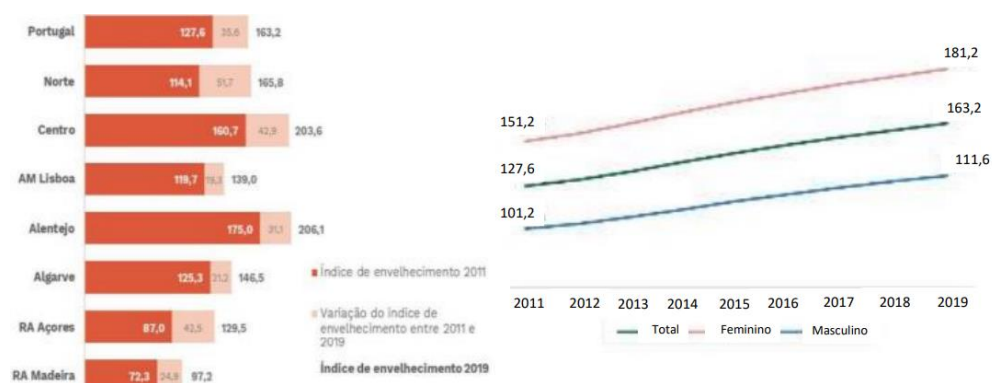
pandemia COVID-19, verificamos como se pode observar na figura 8, que as causas principais de morte são sobreponíveis com os impactos das alterações climáticas reportados na figura 8 pelos países europeus.



Fonte: Direção geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 21-30. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>

Com o aumento da longevidade das pessoas em Portugal, assistimos de acordo com a evolução da pirâmide etária, a um aumento progressivo dos principais problemas de saúde que são causa de morte em Portugal, que são também das mais afetadas pelos impactos das alterações climáticas, como as doenças do aparelho circulatório, e do aparelho respiratório.

Figura 9 – Índice de envelhecimento em Portugal 2011-2019

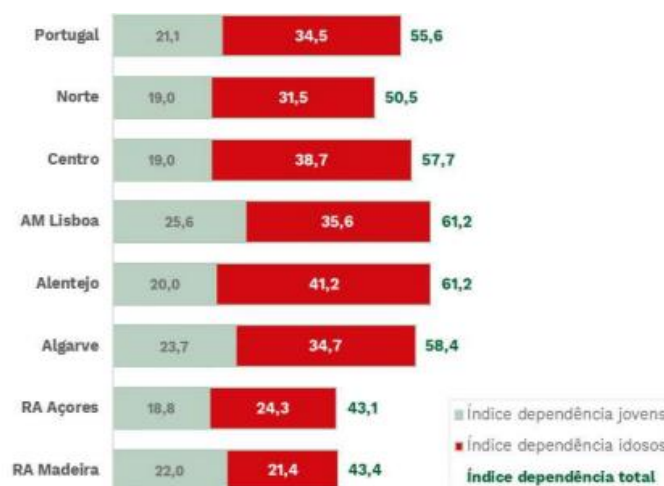


Fonte: Direção geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 21-30. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>

Se cruzarmos estes dados, com o índice de envelhecimento verificamos que na última década entre 2011 e 2019, como se pode observar na figura 9, este aumentou em 33 pontos, situação que expõe esta população de maior vulnerabilidade aos impactos das alterações climáticas.

Paralelamente se analisarmos o Índice de Dependência Total em Portugal entre 2011 e 2019 (Figura 10) verificamos que este aumentou de 51,4 para 55,6 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, tendência esta comum em todas as NUTS II, com a exceção da Região Autónoma da Madeira. Este aumento resulta do crescimento do índice de dependência de idosos, e da diminuição do índice de dependência jovens que diminui em todas as regiões, com a exceção da Área Metropolitana de Lisboa (DGS, 2022).

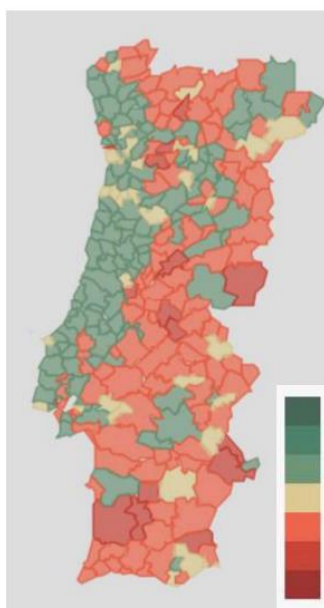
Figura 10 – Índice de dependência total em Portugal 2011-2019



Fonte: Direção geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 21-30. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>

Se olharmos para o índice de saúde da população em Portugal (Figura 11), verificamos a existência de assimetrias significativas, especialmente entre litoral e interior, entre norte e sul, como se pode observar na figura 11. A avaliação do índice, demonstra que “apesar das assimetrias entre municípios terem diminuído ao longo dos 20 anos em análise, continuaram a verificar-se desigualdades geográficas, maioritariamente relacionadas com a densidade populacional e as dinâmicas urbanas, com os municípios de baixa densidade populacional, mais envelhecidos e rurais, a registarem os piores valores. Uma evolução desfavorável do INES foi observada em 30% dos municípios, sobretudo relacionada com determinantes de saúde económicos e sociais, mas também ambientais” (PNS, 2022 p.121).

Figura 11 – Distribuição espacial do índice de saúde por município em Portugal 2011



Fonte: Direção geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 21-30. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>

“De acordo com dados da OCDE, em Portugal, a proporção de pessoas com autoperceção positiva do estado de saúde é consideravelmente inferior nas pessoas de baixo rendimento em relação às de alto rendimento, desigualdade com tendência para aumentar. Do mesmo modo, a análise das desigualdades de acesso aos serviços prestadores de cuidados de saúde evidencia, como já referido, a elevada proporção de necessidades não satisfeitas de cuidados médicos nas pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo” (PNS, 2022 p.122).

Se observarmos os dados referentes às condições habitacionais, e se refletirmos sobre como estas podem contrariar ou favorecer os impactos das alterações climáticas, mais uma vez, a situação é preocupante. De entre os que são pobres, 43% vivem em casas sem aquecimento suficiente. Em 2020, um em cada quatro idosos (24%) não tinha dinheiro para pagar o aquecimento em casa. Entre os que vivem abaixo da linha de pobreza, mais de 43% não tem como manter a casa aquecida, e 9% não conseguem comer uma refeição com carne ou peixe de dois em dois dias (Balanço Social, 2021).

Conclusão

Os mais afetados pelas alterações climáticas são os mais vulneráveis do ponto de vista das desigualdades económicas, sociais, ambientais e ocupacionais:

- ✓ Idosos reformados/pensionistas pobres;
- ✓ Trabalhadores pobres;
- ✓ Trabalhadores com baixos salários/familiares próximas do limiar da pobreza;
- ✓ Desempregados;
- ✓ Crianças e jovens;
- ✓ Pessoas com doença crónica;
- ✓ Habitação não condigna.

Muitas destas pessoas estão em risco ou já se encontram a viver em situação de privação material. As alterações climáticas não são democráticas, contribuem para a reprodução das desigualdades.

Bibliografia

- Agência Europeia do Ambiente. (2020). O ambiente na Europa: Estado e perspectivas 2020 Sumário executivo — Agência Europeia do Ambiente. Disponível em: <https://www.eea.europa.eu/pt>
- Agência Europeia do Ambiente. (2021). Alterações climáticas e saúde pública Alterações climáticas e saúde pública — Agência Europeia do Ambiente (europa.eu)
- Climate Action Tracker. (2017). Climate action tracker global update: climate summit momentum. Disponível em: <https://newclimate.org/resources/publications/climate-action-tracker-global-update-climate-summit-momentum>
- Comissão Europeia. (2021). Aquecimento do planeta. Disponível em [http://portaldoclima.pt/pt/ usas das alterações climáticas \(europa.eu\)](http://portaldoclima.pt/pt/ usas das alterações climáticas (europa.eu))
- Direção Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Disponível em: https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Instituto Português do Mar e da Atmosfera. (2022). Alterações Climáticas em Portugal. Disponível em: <http://portaldoclima.pt/pt/>
- OMS. Escritório Regional para a Europa e Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa. (2015). Melhorando o meio ambiente e a saúde na Europa: até onde chegámos?. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a Europa. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344379>
- OMS. (2013). Declaração de Helsínquia e a Saúde em todas as políticas. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/declaracao-de-helsinquia-e-a-saude-em-todas-as-politicas/>
- ONU. (2016). Relatório Anual da ONU Meio Ambiente 2016: Capacitando as pessoas a proteger o planeta. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/11/1733922>
- Organização Meteorológica Mundial. (2020). Relatório Mundial de Desenvolvimento Hídrico das Nações Unidas (ONU WWDR, 2020) intitulado Água e Mudanças Climáticas. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000375751_por
- Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC). (2018). Aquecimento Global de 1,5°C. Disponível em <https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2019/07/SPM-Portuguese-version.pdf>

- Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC). (2022). Água e Mudanças Climáticas, no relatório Unidos na Ciência 2022. Disponível em: <https://www.unep.org/pt-br/resources/relatorios/mudanca-climatica-2022-mitigacao-da-mudanca-climatica-contribuicao-do-grupo-de>
- Parlamento Europeu. (2018). As respostas da UE às alterações climáticas. Disponível em: [https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/priorities/cambio-climatico/20180703STO07129/as-respostas-da-ue-as-alteracoes-climaticas?xtor=SEC-169-GOO-\[Climate_Change\]-\[Responsive\]-S-\[altera%C3%A7%C3%A3o%20climatica\]](https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/priorities/cambio-climatico/20180703STO07129/as-respostas-da-ue-as-alteracoes-climaticas?xtor=SEC-169-GOO-[Climate_Change]-[Responsive]-S-[altera%C3%A7%C3%A3o%20climatica])
- Parlamento Europeu. (2021). As respostas da UE às alterações climáticas. Disponível em <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/priorities/cambio-climatico/20180703STO07129/as-respostas-da-ue-as-alteracoes-climaticas>
- Peralta, S. Carvalho, B.P. Esteves, M. (2021) Portugal, Balanço Social 2021 - Um retrato do país e de um ano de pandemia. Disponível em: https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/SEI%202021/Relat%20F3rio%20Balan%20E7o%20Social_Janeiro%202022.pdf
- Plataforma Intergovernamental sobre Biodiversidade e Serviços Ecossistêmicos. (2019). Relatório de Avaliação Global sobre Biodiversidade e Serviços Ecossistêmicos (IPBES) Disponível em: <http://www.ccst.inpe.br/relatorio-do-ipbes-avalia-biodiversidade-e-servicos-ecossismaticos-para-as-americas/>
- Roberts D. C. et al. (2022). Mudanças Climáticas 2022 - Impactos, Adaptação e Vulnerabilidade. Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas. World Meteorological Organization. Disponível em <https://public.wmo.int/en>

O papel dos enfermeiros na acessibilidade da mulher migrante ao programa de saúde sexual e reprodutiva nos cuidados de saúde primários em Portugal

*Cármem Marmelo; Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária do ACeS Arrábida.
carmen.marmelo@arslvt.min-saude.pt*

Maria José Gonçalves; Enfermeira do ACeS Arrábida, Pós-Graduação em Coordenação de Unidades de Saúde. mariajosegoncalves74@gmail.com

Zélia Candeias; Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica do ACeS Arrábida, Mestre em Gestão Estratégica de Recursos Humanos, Coordenadora da EPVA Arrábida, Professora Adjunta convidada da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. zeliacandeias@gmail.com

Resumo

Portugal tem conhecido nas últimas décadas uma mudança do paradigma com um fluxo de migrantes intenso. De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), nos finais de 2000 existiam 41.401 pedidos de concessão de autorizações de residência ao abrigo do artigo 88.º do Decreto-Lei 244/98. A migração internacional é considerada um dos maiores desafios da Saúde Pública a nível mundial. É fundamental um melhor conhecimento dos determinantes de saúde e do estado de saúde dos migrantes e refletir sobre políticas e estratégias de saúde que reduzam os riscos e as vulnerabilidades, obtendo ganhos em saúde. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) abordam as principais causas e riscos da falta de saúde e bem-estar das pessoas. É essencial que sejam fortes de forma a atingir os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável relacionados com a saúde e a cobertura universal de saúde. A saúde sexual e reprodutiva confere que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, decidir quando desejam ter filhos, ter o direito a informação e acesso a métodos contraceptivos e a serviços de saúde com o direito à saúde sexual e reprodutiva. Para que as mulheres migrantes tenham acesso à vigilância de saúde sexual e reprodutiva é necessário que os CSP estejam disponíveis, com acessibilidade e profissionais dotados de informação, que promovam a literacia em saúde capacitando-as para a procura adequada dos cuidados de saúde. É importante incluir as comunidades migrantes, incentivando a sua participação e que adotem um papel ativo na melhoria da sua saúde. **Objetivo:** Descrever de forma analítico/refletiva os cuidados em saúde sexual e reprodutiva, às mulheres migrantes, nos cuidados de saúde primários: quais as barreiras ao acesso e as estratégias adotadas pelos enfermeiros.

Palavras-chave: migrantes; literacia; saúde sexual e reprodutiva; cuidados de enfermagem; cuidados de saúde primários.

Abstract

In recent decades, Portugal has experienced a paradigm shift with an intense flow of migrants. According to the Aliens and Borders Service (SEF), at the end of 2000 there were 41,401 requests for the granting of residence permits under article 88 of Decree-Law 244/98. International migration is considered one of the greatest public health challenges worldwide. A better understanding of the health determinants and health status of migrants is essential, as well as reflection on health policies and strategies that reduce risks and vulnerabilities, achieving health gains. Primary Health Care (PHC) addresses the main causes and risks of people's lack of health and well-being. It is essential that they are strong in order to achieve the health-related Sustainable Development Goals and universal health coverage. Sexual and reproductive health ensures that people can have a satisfying and safe sex life, decide when they want to have children, have the right to information and access to contraceptive methods and health services with the right to sexual and reproductive health. In order for migrant women to have access to sexual and reproductive health surveillance, it is necessary that PHC be available, with accessibility and professionals equipped with information, who promote health literacy, enabling them to seek adequate health care. It is important to include migrant communities, encouraging their participation and taking an active role in improving their health. **Objective:** To describe in an analytical/reflective way sexual and reproductive health care for migrant women in primary health care: what are the barriers to access and the strategies adopted by nurses.

Keywords: migrants; literacy; sexual and reproductive health; nursing care; primary health care

Introdução

A migração é um fenómeno social que apesar de ainda não estar devidamente estudada por parte de instituições ou mesmo pela comunidade científica, tem ganho relevância nas esferas política, económica, social e até cultural, influenciando as dinâmicas de decisão e demarcando, no espaço social, as suas características e formalidades.

Nos últimos anos a migração tem vindo a mudar, e Portugal deixa de ser apenas um país cujas pessoas migram para os outros países para, em simultâneo, ser um país que recebe pessoas à procura de melhores condições de vida ou em fuga de situações de guerra.

A saúde tem vindo a ser incitada a adequar as estratégias para facilitar a acessibilidade aos serviços de saúde tendo em consideração que a migração traz multiculturalidade e diferentes idiomas o que se reflete em dificuldades na comunicação com consequência nos cuidados recebidos.

A agenda 2030 define e determina que sejam cumpridos os objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), com a finalidade de acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar de todos, proteger o ambiente e combater as alterações climáticas. Os CSP abordam as principais causas e riscos da falta de saúde e bem-estar das pessoas. É essencial que sejam fortes de forma a atingir os ODS relacionados com a saúde e a cobertura universal de saúde. A saúde encontra-se plasmada no ODS 3 “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” este será o objetivo a focar no que se refere aos cuidados de enfermagem à mulher migrante, de forma a garantir a vigilância adequada da sua saúde e da saúde da comunidade, é importante que lhe seja facultado o acesso à saúde em todas as áreas, nomeadamente à saúde sexual e reprodutiva e planeamento familiar.

Para que as mulheres migrantes tenham acesso à vigilância de saúde sexual e reprodutiva é necessário que os CSP estejam disponíveis, com acessibilidade e profissionais dotados de informação, que promovam a literacia em saúde capacitando-as para a procura adequada dos cuidados de saúde. É importante incluir as comunidades migrantes, incentivando a sua participação e que adotem um papel ativo na melhoria da sua saúde.

História da migração em Portugal

Portugal sendo um país tradicionalmente de migração, para os destinos geográficos mais diversos, tem conhecido nas últimas décadas uma mudança do paradigma com um fluxo interno de migrantes, intenso. A tomada de decisão de migrar não é isenta de custos e estes podem ser

tão elevados, para as pessoas e para as famílias, quanto maior for a distância que separa uns dos outros. Para que uma pessoa decida migrar é necessário que os benefícios esperados sejam superiores aos custos e por este motivo a migração está associada ao funcionamento dos mercados de trabalho em particular às diferenças salariais praticadas, em que o fluxo migratório tem origem nas regiões cujos níveis remuneratórios sejam mais baixos em relação às regiões para onde se deslocam: transição entre zonas mais pobres para zonas mais ricas (Rego et al, 2009).

Ao caracterizarmos o que são migrantes é relevante referir que são os muitos milhares de pessoas que se deslocam para outro país à procura de trabalho melhor remunerado. Geralmente o trabalho encontrado é trabalho assalariado desqualificado e em geral manual. Embora não seja comum incluir na categoria de migrante o trabalho científico, as profissões liberais, os homens de negócios, nem os funcionários de organizações internacionais, contudo, estes também são migrantes, quando optam pela mudança de residência de um país para outro (Pereira, et.al, 2009).

Todos os países europeus têm fluxos de entrada e de saída de população migrante, Portugal é o único país que tem, simultaneamente migração, interna e externa, laboral. Os portugueses que migram vão preencher maioritariamente postos de trabalho desvalorizados, semelhantes aos que são ocupados pela maioria dos migrantes que vêm trabalhar para Portugal (EUROCID. 2020).

Segundo os Censos 2021, residiam em Portugal 555.299 pessoas de nacionalidade estrangeira, um valor superior aos 3,7% verificados em 2011, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE). Neste momento existem 40,6% de pessoas de nacionalidade estrangeira residentes em Portugal, que agora representam 5,4% do total da população.

O número de migrantes em Portugal até à mudança do milénio foi baixo, em 1999 viviam em Portugal 190.896 estrangeiros com residência legal, o que representava menos de 2% do total da população residente. A principal característica da população migrante residente no país era maioritariamente dos PALOP, concentrada na área metropolitana de Lisboa e inserida do ponto de vista económico, no sector da construção civil e obras públicas e nos serviços pessoais e domésticos em atividades pouco ou nada qualificadas. Por outro lado, verifica-se que os migrantes da Europa Ocidental e do Brasil caracterizam-se por ser um grupo de pessoas que se inseria no sector terciário e em ocupações altamente qualificadas. Existe ainda um grupo de população migrante pouco significativa, que é constituída por um conjunto heterogéneo de

nacionalidades e que está inserida em atividades diversificadas, nomeadamente nos sectores da construção civil e obras públicas, restauração, venda ambulante e pequeno comércio. De notar ainda um crescimento de migrantes provenientes da China e do Paquistão, países com os quais Portugal não tinha laços históricos ou económicos (Baganha et.al., 2009).

De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), nos finais de 2000, existiam 41.401 pedidos de concessão de autorizações de residência ao abrigo do artigo 88.º do Decreto-Lei 244/98, ou seja, existiam no país pelo menos 41.401 migrantes ilegais. Este facto era atribuído, às necessidades do mercado, particularmente do sector da construção civil e obras públicas e à informalidade da economia. Nos anos entre 1995 e 2003 o investimento público neste sector não parou de crescer e a procura de trabalhadores foi satisfeita por migrantes de países do leste europeu e particularmente da Ucrânia que registou o maior número de concessão de autorizações de permanência (Rodrigues et.al, 2013). Este intenso fluxo migratório, do Leste Europeu para Portugal, é atribuída a três grandes causas, como a falta de controlo na emissão de vistos de curta duração por parte de outros países da União Europeia; à velocidade e facilidade de movimento dentro do Espaço Schengen; e ao tráfico de seres humanos organizado a partir da Europa de Leste sob o disfarce de denominadas “agências de viagem”. Um fluxo súbito e intenso só pode ocorrer se houver infraestruturas organizadas para o transporte e que os documentos necessários à viagem sejam rápida e facilmente obtidos (Baganha et.al., 2009).

Portugal registava em 2005 um crescente número de pessoas estrangeiras em situação regular sendo que as comunidades mais relevantes foi a brasileira, procedida pela ucraniana e a cabo-verdiana. De referir que houve um crescimento lento, mas continuo de pessoas oriundas da Asia, principalmente da India, China Paquistão e Bangladesh, que em 1990 representavam cerca de 4mil pessoas e em 2005 tinham chegado às 22 mil pessoas (Rodrigues et.al, 2013).

O número de mulheres migrantes (e que migram sozinhas) tem vindo a aumentar significativamente, o que introduz preocupações, pois frequentemente as migrações no feminino representam maiores riscos e vulnerabilidades, nomeadamente este risco pode ser acrescido face a situações de exploração sexual e de não procurarem cuidados de saúde, preventivos, por medo de serem denunciadas pelos profissionais e serviços de saúde às autoridades para a migração (OM, s.d).

Perante o novo contexto, com a situação de guerra é obrigatória a existência de um reajuste nas políticas, no que se refere ao quadro migratório assim como à situação económica, que tem

vindo a ser marcada por uma resseção prolongada. De notar que existe uma diferença entre pessoas migrantes, que por iniciativa própria devido às condições sociais e económicas decidem deixar o seu país e as pessoas migrantes que por necessidade imediata, medo constante da morte decidem deixar o seu país, estas são pessoas migrantes, denominados como refugiados. Nos últimos tempos temos vindo a observar uma das crises humanitárias mais intensas, com a mobilização de pessoas vítimas de situações de guerra. Estas pessoas migrantes refugiadas carecem de uma integração política, económica e social diferente.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis: o seu papel na Saúde das Mulheres

A Agenda 2030 é uma agenda alargada e ambiciosa que aborda várias dimensões do desenvolvimento sustentável e que promove a paz, a justiça e instituições eficazes. A agenda 2030 é constituída por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que constituem uma visão comum para a Humanidade, um contrato entre os líderes mundiais e os povos. Os 17 ODS encontram-se subdivididos em 169 metas e visam resolver as necessidades das pessoas, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, enfatizando que ninguém deve ser deixado para trás.

A saúde encontra-se plasmada no ODS 3 tendo como finalidade “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Neste sentido e no que se refere aos cuidados de enfermagem à mulher migrante, de forma a garantir a vigilância adequada da sua saúde e da saúde da comunidade, é importante que lhe seja facultado o acesso à saúde em todas as áreas, nomeadamente à saúde sexual e reprodutiva e planeamento familiar.

O conceito de saúde sexual e reprodutiva não é de fácil definição, uma vez que envolve várias temáticas relacionadas com a intimidade da pessoa como a sexualidade, reprodução, direitos humanos e bem-estar e implica que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, reflitam como estas temáticas estão interrelacionadas e possam ser operacionalizadas quando falamos de mulheres migrantes (DGS, 2008). A literatura tem evidenciado que as mulheres migrantes têm piores indicadores de saúde comparativamente às mulheres nativas do país, evidenciando-se um desconhecimento da forma como podem aceder aos cuidados de saúde (Topa & Nogueira, 2010). Revela-se de extrema importância que as instituições de saúde desenvolvam estratégias que promovam a saúde e qualidade de vida na mulher, no seu ciclo reprodutivo, no projeto de vida de planejar uma família, assim como na promoção e vigilância de gravidezes saudáveis. Igualmente de relevante importância que seja promovido a adesão e atualização do Plano de Vacinação. Relativamente à saúde das populações/comunidades,

importa referir que Portugal é um país que conseguiu erradicar um número importante de doenças epidémicas, fruto de uma promoção do programa nacional de vacinação eficaz trabalhado e promovido nos cuidados de enfermagem, com uma grande adesão à vacinação pela população. Neste sentido é importante que as famílias migrantes que chegam a Portugal possam aceder aos CSP, que sejam informadas sobre os programas de vigilância de saúde em vigência, que sejam validados os seus planos de vacinação e a inerente promoção e adesão ao programa de vacinação português, assim como à promoção de estilos de vida saudáveis que melhorem a qualidade de saúde destas comunidades. A informação que chega a estas mulheres, através de campanhas, de flyers ou das suas próprias congéneres, lhes transmita confiança, nos profissionais e no sistema para que estas se sintam seguras, independentemente da sua situação de regularidade no país, para procurar cuidados antecipatórios de prevenção e promoção da sua saúde.

É fundamental para a concretização deste objetivo que sejam, pelas equipas de enfermagem dos CSP, delineadas estratégias que vão ao encontro dos programas nacionais de saúde, e que correspondam às necessidades destas mulheres com uma multiculturalidade diversificada. A multiculturalidade ligada ao fenómeno migratório traz desafios para as pessoas migrantes, mas também para os profissionais de saúde nomeadamente para os enfermeiros que trabalham todas as vertentes relacionadas com a saúde da mulher, neste sentido os países de acolhimento têm a necessidade de encontrar novas configurações sociais (Topa & Nogueira, 2010). Para tal é ainda essencial a promoção da literacia em saúde junto destas comunidades e promover a consciencialização de que os CSP são os serviços de saúde, por excelência, adequados para dar resposta à promoção da saúde das mulheres e famílias migrantes. Neste sentido, tem sido um dos objetivos dos enfermeiros da unidade de saúde em estudo, promover a informação e educação às mulheres migrantes que se encontram inscritas e assegurar o seu acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva/planeamento familiar.

A Organização Cuidados de Saúde Primários: Caracterização da População Alvo

Os CSP foram considerados pela Declaração de Alma-Ata como a chave para atingir um nível de saúde que permita a todos uma vida económica e socialmente produtiva. É hoje evidente que os sistemas de saúde assentes numa estrutura sólida de CSP são mais custo-efetivos, apresentam maior equidade, e resultam em melhores níveis de saúde e satisfação das populações (Biscaia, 2006).

Os CSP em Portugal sofreram uma profunda reforma nos últimos anos, com início em 2005 tendo sido considerada como uma das reformas mais bem-sucedidas dos serviços públicos. A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) implementou tendências inovadoras em termos de organização sendo que esta reforma abrange a reorganização dos cuidados com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e em 2008 a reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do qual fazem parte várias estruturas funcionais como: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). São considerados a porta de acesso ao serviço nacional de saúde pela qual todos os cidadãos deveriam recorrer e ter a avaliação diagnóstica adequada e encaminhamento devido com tempos de resposta condizentes com o grau de urgência que foi avaliado. É ao nível do CSP que os Programas Nacionais de Saúde são implementados com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença.

Caracterizando a unidade em estudo de referir que esta é uma UCSP situada na Península de Setúbal onde estão inscritas 36 mil pessoas dos quais apenas 8600 tem médico de família atribuído. O que difere numa UCSP de uma USF são os recursos humanos alocados a cada uma, para dar resposta às necessidades das pessoas inscritas. Na primeira podem inscrever-se todas as pessoas que o desejem na segunda apenas estão inscritos pessoas pertencentes à lista de médicos de medicina geral familiar e enfermeiro de família que fazem parte daquela unidade funcional, cumprindo estas unidades rácios adequados à prestação de cuidados dos utentes inscritos. Tendo em conta esta realidade, significa que as pessoas oriundas de outros países que chegam a Portugal de forma irregular são inscritas nas UCSP. Importa referir que o rácio enfermeiro/pessoa inscrita nas UCSP não corresponde ao rácio adequado, que permita dar resposta à necessidade de cuidados enfermagem às pessoas inscritas, com qualidade e segurança.

Na UCSP em estudo estão atualmente inscritas 507 pessoas de vários países que têm idiomas diferentes, costumes diferentes, de diferentes culturas que necessitam de vigilância e de cuidados de saúde. Do grupo de pessoas inscritas temos 241 mulheres em idade reprodutiva, ou seja, com idades compreendidas entre os 15 e os 52 anos de idade com o qual é necessário comunicar e compreender as suas necessidades de forma a darmos uma resposta efetiva. São mulheres que procuram os cuidados ao nível da vigilância da saúde sexual e reprodutiva, para planeamento familiar e vigilância de gravidez. Face às dificuldades encontradas, principalmente no âmbito da comunicação e na capacidade de as próprias acederem aos cuidados de saúde atempadamente, foram desenvolvidas estratégias.

A comunicação, é uma das maiores dificuldades sentidas, e é muitas vezes feita com recurso aos meios informáticos nomeadamente a internet, mas também através de parcerias na comunidade com pessoas que fazem o acompanhamento e tradução. Na maioria das vezes são estas pessoas que, como interlocutoras, explicam aspetos importantes e relevantes da cultura e que facilitam a aproximação dos profissionais de saúde às necessidades da pessoa.

Literacia em saúde

A Literacia em Saúde compreende um conjunto de competências cognitivas e sociais adquiridas pelas pessoas de uma determinada sociedade, com o objetivo de os fazer aceder e compreender a informação e que esta promova e permita manter a sua própria saúde. O nível de literacia de cada pessoa afeta diretamente as suas capacidades para agir sobre informações e também para uma melhor gestão da sua própria saúde, dos familiares e das comunidades (Fawcett, 2010).

Segundo a OMS (1998), o conceito de Literacia em Saúde traduz-se na capacidade para procurar informação, tomar decisões fundamentadas e assumir responsabilidades, possibilitando o aumento do controlo pessoal sobre a saúde da pessoa em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político.

Em Portugal tem sido evidente o investimento na literacia em saúde, desde 1996 com o Relatório publicado sobre o Projeto Saúde que Conta da Escola Nacional de Saúde Pública, coordenado pela Professora Doutora Ana Benavente (1996) começaram a dar-se os primeiros passos e desde então tem sido evidente que, o investimento na literacia das pessoas, aumenta o seu conhecimento sobre saúde e comportamentos de saúde, melhora a sua qualidade de saúde e promove um uso mais eficiente dos serviços de saúde disponíveis. As pessoas com literacia reduzida apresentam menor frequência de utilização de serviços preventivos, o que conduz a diagnósticos tardios, problemas com a capacidade de compreensão da sua situação clínica, com a adesão à terapêutica e maiores taxas de hospitalização e como consequência uma diminuição da eficácia do tratamento (Santos, 2010). A base do acesso à saúde de forma equitativa deveria começar pela implementação de estratégias e medidas em literacia em saúde, são de realçar os esforços conjuntos e as boas práticas de equipas de profissionais das organizações de saúde e sociais, que contribuem efetivamente para uma melhor literacia em saúde. O delinear de estratégia para um contributo eficaz para a acessibilidade aos serviços e à informação, uma melhor compreensão da informação em saúde, tantas vezes complexa mesmo para os mais

literados, e o seu correto uso com vista a uma sustentabilidade da pessoa, comunidade e sistema.

Quando nos referimos às mulheres migrantes evidencia-se uma maior necessidade de promover a sua literacia em saúde. As suas próprias limitações relacionadas com a sua cultura, língua, a situação de irregularidade no país revelam-se barreiras que dificultam a procura e o acesso aos serviços de saúde. A procura tardia de cuidados preventivos impede que sejam beneficiados com os programas de rastreios e prevenção de doença e traduz-se muitas vezes numa procura já em situação de doença, com consequências familiares, económicas e sociais.

Ao nível dos profissionais e das comunidades é importante que exista uma consciencialização das necessidades e dificuldades destas populações e que os meios e estratégias que sejam adotados, sistematicamente, venham a promover a consciencialização das pessoas, de que os CSP são os serviços de saúde, por excelência, adequados para dar resposta à promoção da saúde das mulheres e famílias migrantes.

Neste sentido, tem sido um dos objetivos dos enfermeiros desta UCSP, assegurar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva, nos cuidados às mulheres migrantes que se encontram inscritas. As estratégias adotadas relativamente às pessoas e em particular às mulheres migrantes foi ao nível da informação que facilite a transmissão da informação. Foram criados flyers com informação sobre cuidados de saúde que promovam comportamentos saudáveis; flyers sobre a legislação portuguesa e flyers com informação sobre a acessibilidade e direitos. Estes documentos informativos foram escritos em diferentes línguas.

Relativamente aos Profissionais é de extrema importância a sua formação no que concerne à legislação vigente quer para os estatutos de migrante, quer para o estatuto de refugiado, bem como criar informação por escrito de fácil acesso e de fácil e rápida interpretação, para que estes consigam dar respostas eficazes e/ou encaminhamentos céleres às mulheres migrantes.

Considerações finais

A principal dificuldade encontrada quando falamos de cuidados de saúde prestados às mulheres migrante é a dificuldade com a comunicação. Esta manifesta-se na dificuldade das mulheres migrantes acederem atempadamente aos cuidados de saúde de uma forma preventiva e quando acedem às consultas as dificuldades existentes com a barreira linguística impedem que os ensinamentos e orientações realizados pelos/as enfermeiros/as tenham pouco impacto na sua saúde e nos seus comportamentos de procura de saúde.

A base do acesso à saúde de forma equitativa deve começar pela implementação de estratégias e medidas em literacia em saúde, de realçar, os esforços conjuntos e as boas práticas de equipas de profissionais das organizações de saúde e sociais, que contribuem efetivamente para uma melhor literacia em saúde. O delinear de estratégias para um contributo eficaz para a acessibilidade aos serviços e à informação, uma melhor compreensão da informação em saúde, tantas vezes complexa mesmo para os mais literados, e o seu correto uso com vista a uma sustentabilidade da pessoa, comunidade e sistema.

Segundo a Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 64º, no n.º3, da alínea a) “...incumbe prioritariamente ao Estado Português garantir o Acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação...” os enfermeiros, na sua filosofia de cuidar, sentem uma necessidade permanente de encontrar estratégias que promovam a acessibilidade, e que permitam munir estas mulheres com informação sobre os serviços e a sua acessibilidade. As mulheres migrantes, que já contataram e utilizaram os serviços de saúde, são também elas transmissoras de informação quando a partilham dentro das suas comunidades e ajudam outras mulheres migrantes a aceder aos cuidados de saúde.

Bibliografia

- Baganha, M.I. Marques, J.C. Gois, P. (2009). Imigrantes em Portugal: uma síntese histórica. P. 123-133. Acedido a 15/3/2022, disponível em: <https://journals.openedition.org/lerhistoria/1979>
- Benavente, A. (1996). A literacia em Portugal: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica. Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido a 18/4/2022, disponível em: https://www.researchgate.net/publication/275968170_A_Literacia_em_Portugal_resultados_de_uma_pesquisa_extensiva_e_monografica/link/554ca72f0cf29752ee7f20d3/download
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. Rev Port Clin Geral 2006; 22:67-79. Acedido a 18/4/2022, disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10211/9947>
- Dias, S. Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 15-26. Acedido a 14/3/2022, disponível em: https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf
- Dias, S.F. Rocha, C.F. (2009). Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras: um estudo qualitativo. Observatório da Emigração. Acedido a 14/3/2022, disponível em: http://bibliobase.sermas.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/01922_OI_32.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. Edição revista e atualizada. Lisboa. Acedido a 10/4/2022, disponível em: https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Fawcett, S. et al. (2010). Constructing an action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. Global health promotion, 17, 52-56.
- Ministério da Administração Interna. (1998). Decreto-lei 244/98 de 8 de agosto, Artigo 88.
- Neilsson, J.G. Sturza, J.M. Wermuth, M.Â.D. (2020). Do direito à saúde reprodutiva feminina ao poder biopatriarcalista de gestão das vidas humanas: o controle dos corpos das mulheres migrantes. Acedido a 13/3/2022, disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/6629>

- Observatório para as migrações (SD). As mulheres migrantes numa perspetiva internacional. Acedido a 15/5/2022, disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt/-/1-as-mulheres-migrantes-numa-perspetiva-internacional>
- Pereira, M.H. Machado, F.L. (2009). Apresentação, ler historia nº56, p9-11 Acedido a 15/4/2022, disponível em: <https://journals.openedition.org/lerhistoria/1923>
- Pires, R.P. Azevedo, J. Vidigal, I. Veiga, C.M. (2021). Emigração Portuguesa 2021: Relatório Estatístico. Observatório da Emigração. Acedido a 13/3/2022, disponível em: http://observatorioemigracao.pt/np4/file/8218/OEm_EmigracaoPortuguesa2021.pdf
- Rego, C. Mendes, M.F. Rebelo, J. (2009). Perfil dos imigrantes em Portugal: dos países de origem às regiões de destino. Trabalho apresentado no 2º Congresso Lusófono de Ciência Regional, 6-11 julho de 2009, Cidade da Praia, Ilha Santiago, Cabo Verde. Acedido a 13/4/2022, disponível em: <http://www.apdr.pt/siterper/numeros/RPER24/24.2.pdf>
- Rodrigues, F. Estêvão, M. Mapril, J. Afonso, C. (2013). Diagnóstico da População Imigrante em Portugal: Desafios e Potencialidades. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. Acedido a 13/4/2022, Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/259965595_Diagnostico_da_populacao_imigrante_em_Portugal_Desafios_e_potencialidades/link/02e7e52eb89810d681000000/download
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. Endocrinologia, Diabetes & Obesidade, 4,127-134.
- Topa, J.B. Nogueira, C. Neves, A.S.A. (2010) – Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico. Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 3, pp. 366-373, jul./set. 2010. Acedido em 5/5/2022, disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8166>

Identificação dos contactos da pessoa com TB e a enfermagem de saúde comunitária e saúde pública: revisão sistemática da literatura

Cristina Varela Lopes, Mestranda Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, ICS, Universidade Católica Portuguesa, cris.varela.lp@gmail.pt

Ana Resende, Professora Auxiliar, ICS, Universidade Católica Portuguesa, anaresende@ucp.pt

Resumo

Introdução: Em 2014 a Organização Mundial da Saúde lançou uma nova estratégia de luta contra a TB com o intuito de terminar com esta epidemia global até 2030 e integrando-a na conjunção dos ODS. Neste contexto, a identificação de contactos da pessoa com TB afigura-se como um dos elementos críticos para atingir as metas propostas. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura a partir da Scoping Review com o objetivo de mapear a extensão e evidência do conhecimento relacionado com a identificação de contactos da pessoa com TB e as intervenções facilitadoras e barreiras na execução desta atividade no âmbito da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

Método: Adotou-se a linha metodológica do Joanna Briggs Institute, tendo sido efetuada uma pesquisa nas bases de dados EbscoHost, PubMed e literatura cinzenta entre 12 setembro e 3 outubro de 2021. Definiram-se como critérios de inclusão todos os estudos que abordam os contactos de um caso índice de TB e identificação destes por enfermeiros no contexto de saúde pública. Foram incluídos para análise 18 artigos.

Resultados: Os artigos analisados reforçam a importância da identificação de contactos na luta contra a TB. Falhas na sua execução prendem-se com: identificação incompleta de contactos pela pessoa, identificação de contactos incompleta pelos profissionais de saúde, rastreio incompleto ou diagnósticos falhados. Identificaram-se 3 grandes áreas temáticas: as barreiras à identificação de contactos pela pessoa, barreiras à identificação de contactos pelos profissionais de saúde e estratégias adjuvantes à identificação de contactos.

Conclusão: A melhoria do acesso ao tratamento preventivo da TB requer um aumento substancial da identificação e rastreio de contactos, com alocação de recursos adequados e investimento na formação destes, fortalecendo assim a sua capacidade para suspeitar clinicamente e diagnosticar a doença.

Palavras-chave: Tuberculose; Identificação de contactos, Enfermeiro, Saúde Pública

Abstract

Introduction: In 2014 the World Health Organization launched a new strategy to end the global TB epidemic by 2030, in conjunction with the SDG. For this purpose, identifying contacts of people with TB appears to be one of the critical elements. A systematic literature review was conducted to map the extent of knowledge and evidence related to the identification of contacts of persons with TB and the interventions and barriers to the implementation of this activity within the scope of public health nursing.

Method: The methodological approach followed the Joanna Briggs Institute method. A search in EbscoHost, PubMed, and grey literature databases was conducted between September 12 and October 3, 2021. Inclusion criteria were defined as studies addressing the contacts of an index case of TB and their identification by nurses in a public health context. 18 articles were included for analysis.

Results: The articles reviewed enhanced the importance of contact identification in the battle against TB. Failures in contact investigation related to incomplete contact identification by the index case, incomplete contact identification by the health professionals, uncompleted screening, or missed diagnoses. 3 thematic areas were identified: barriers posed to contact tracing by the index case, barriers related to health practitioners and strategies to assist contact tracing.

Conclusion: To improve access to TB preventive treatment a substantial increase in contact tracing is needed, with the allocation of adequate resources and investment in their qualification and training and therefore strengthen their capacity to clinically suspect and diagnose the disease.

Keywords: Tuberculosis, Contact investigation; Nurse, Public Health

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), que pode atingir qualquer órgão, mas cuja forma pulmonar é a mais frequente. Esta é também a forma que apresenta maiores implicações em termos de Saúde Pública, considerando que, somente as pessoas com atingimento das vias aéreas podem transmitir a infeção (Programa Nacional para a Tuberculose [PNT], 2020).

De acordo com o último relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), a TB representa a 13^a causa de morte a nível global e a segunda por um agente infeccioso, superada apenas pela COVID-19 (World Health Organization [WHO], 2021). Considera-se que a pandemia é uma das causas para o aumento de mortalidade, mas também da morbilidade da pessoa com TB, sendo que desde o seu início, já contribuiu para um atraso de 8 anos na luta contra esta doença. A TB representa um problema de saúde pública à escala global e como tal a OMS lançou em 2014 uma nova estratégia visando o seu controlo, integrando-a no contexto dos Objetivos Desenvolvimento Sustentável (ODS). A "End TB Strategy" fornece uma visão abrangente e holística na luta contra a TB, tendo como objetivo geral atingir o término desta epidemia até 2030. Os indicadores e metas estabelecidos são relevantes para todos os países, com marcos provisórios para 2020, 2025 e 2030, em que se incluem uma redução em 95% nas mortes por TB, reduções na taxa de incidência em 90% e 0% de custos catastróficos devido à TB na economia familiar (WHO, 2015). Contudo, a maioria das regiões da OMS e muitos dos países com incidências elevadas não se encontram no bom caminho para alcançar estas metas (WHO, 2021).

As atuais estratégias de saúde no âmbito da prevenção da TB assentam no tratamento precoce de pessoas com infeção ativa, na prevenção da transmissão do bacilo através do controlo da transmissão/ infeção e na vacinação das crianças com a BCG (WHO, 2020). Neste contexto, a identificação de contactos da pessoa com TB figura-se como um dos elementos críticos já que, atrasos na deteção de casos de TB e rastreios de contactos tardios ou incompletos, invariavelmente conduzirão a surtos.

A identificação de contactos é uma atividade universalmente recomendada, e representa um processo sistemático destinado a detetar precocemente casos não diagnosticados de TB entre os contactos próximos de uma pessoa com doença ativa, devendo constituir uma atividade padrão em todos os esforços nacionais de controlo da TB (Stop TB Partnership [STP], 2018). Entende-se por contacto qualquer indivíduo que tenha sido exposto a uma pessoa com doença

TB. No geral, consideram-se como prioritários os contactos próximos, as pessoas com imunossupressão e crianças <5 anos (STP, 2018; WHO, 2020). Assim, deverão ser identificadas todas as pessoas consideradas como contactos próximos do doente e encaminhados para rastreio, idealmente nos primeiros 15 dias após o diagnóstico do caso índice (CI), assim como aqueles que, tendo tido apenas contacto esporádico, apresentem algum estado de imunodepressão que os coloque em risco acrescido de desenvolver doença (PNT, 2020).

Neste âmbito, e tendo por objetivo mapear a extensão e evidência do conhecimento relacionado com a identificação de contactos da pessoa com TB e as intervenções e barreiras na execução desta atividade no âmbito da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública realizou-se uma revisão sistemática da literatura a partir da Scoping Review.

Metodologia

Seguindo a mnemónica PCC (Population; Concept; Context) definiram-se como critérios de inclusão para os participantes todos os estudos que abordam os contactos de um CI de TB, sem restrições de género, idade ou etnia. No conceito incluíram-se todos os estudos que abordam a identificação de contactos realizada por enfermeiros e no contexto incluíram-se todos os estudos no âmbito da saúde pública. Consideram-se elegíveis estudos quantitativos primários, estudos qualitativos e revisões sistemáticas ou bibliográficas disponíveis em free access e texto integral. Limitaram-se os estudos à língua inglesa e portuguesa, por falta de proficiência em outras línguas e estabeleceu-se uma limitação temporal de 10 anos (2011-2021) por forma a reduzir o número de resultados produzidos.

A pesquisa ocorreu entre 12 de setembro e 3 de outubro de 2021 e apresentou três momentos distintos. Uma pesquisa inicial prévia no Google Scholar e PubMed permitiu identificar artigos sobre o tema e as palavras-chave tuberculosis, contact tracing, contact investigation, household contacts, public health e nurse. Após consulta dos descritores MeSH foi realizada uma pesquisa nas bases de dados EbscoHost, PubMed e na literatura cinzenta, de modo a ter o máximo de informação possível sobre o tema, utilizando a frase booleana “*Tuberculosis [MeSH] or tb*” and “*contact tracing [MeSH] or contact investigation*” and “*public health nurs**”. Num terceiro momento foram analisadas as referências dos estudos já selecionados com o propósito de verificar a existência de estudos adicionais.

O processo de seleção dos estudos encontra-se representado no Fluxograma PRISMA de processo de seleção de estudos (Figura 1). No decorrer da pesquisa inicial foram identificados 67 estudos. Após remoção dos duplicados (10 artigos), e após a leitura inicial pelo título e resumo, foram considerados potencialmente relevantes para análise 33 artigos. A leitura integral levou a que fossem excluídos 15 estudos, já que o conteúdo não se demonstrou pertinente ou adequado para o tema. Foram incluídos para análise 18 artigos.

Os resultados obtidos encontram-se dispostos em tabela, adaptada do Joanna

Briggs Institution (JBI) template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument (JBI, 2020) e incluem a identificação do artigo, país de origem, objetivo, população, metodologia/ desenho do estudo, resumos e contributos para a questão de revisão (Tabela1).

Resultados

Dos estudos analisados salienta-se a existência de 2 estudos datados de 2021 e 3 de 2020, sendo que os restantes se encontram repartidos por todos os anos que compreendem o intervalo cronológico definido, demonstrando assim a atualidade do tema e o interesse que o mesmo desperta na comunidade científica. A realidade vivenciada no continente europeu corresponde a 11 estudos e a dos Estados Unidos a 4. Nestes países a incidência da TB está a diminuir e a identificação de contactos representa um impacto acrescido na luta contra a TB. Os restantes estudos repartem-se uniformemente pelo Brasil, Indonésia e Uganda, refletindo realidades com elevada incidência e recursos limitados, nos quais a forma de conter a transmissão de TB é baseada fundamentalmente no diagnóstico e tratamento de doentes sintomáticos. Em termos do desenho: 5 estudos representam revisões da literatura, 2 apresentam metodologia qualitativa, sendo os restantes estudos quantitativos na sua maioria epidemiológicos.

Figura 10: Fluxograma PRISMA de processo de seleção de estudo

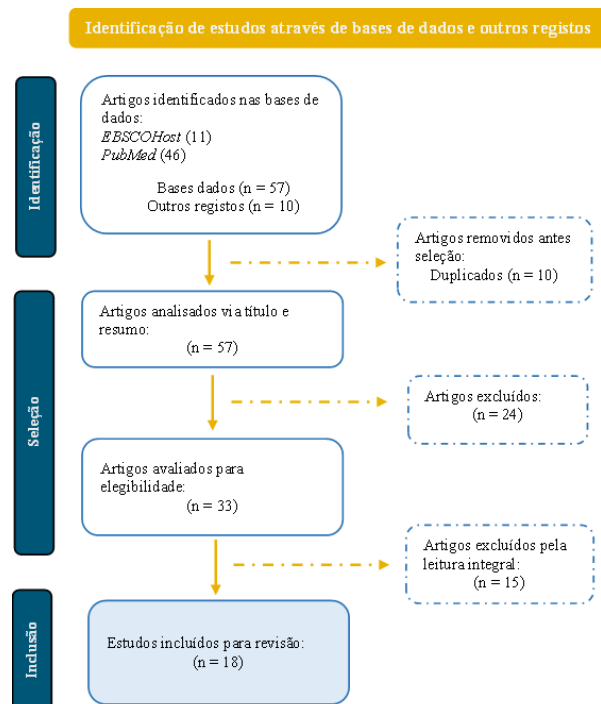


Tabela 1: Características dos estudos incluídos para análise

Título	Autores/ ano/ País	Objetivo	População	Desenho	Principais Resultados
E1 - An exploration of NHS staff views on tuberculosis service delivery in Scottish NHS boards	Mtui, L. & Spence, W., (2014). Escócia	Descrever as opiniões e experiências dos enfermeiros relacionadas com o Programa da TB nacional.	Enfermeiros com funções na operacionalização e gestão do Programa da TB.	Qualitativo descritivo	Obter a infirmação é por vezes demorado e depende da capacidade de estabelecer uma relação de confiança. O estigma associado à doença representa uma dificuldade acrescida na identificação dos contactos, principalmente em minorias étnico/raciais. Os enfermeiros a exercer função nos centros de apoio à pessoa com TB foram claramente os profissionais de referência operacional. Ficou demonstrado que profissionais de medicina mantiveram um papel de gestão e os enfermeiros a responsabilidade operacional refletindo uma demarcação tradicional do papel entre estas profissões.
E2 - Paediatric tuberculosis – new advances to close persistent gaps	Marais, B.J., Verkuijl, S., Casenghi, M. et al, (2021). Vários	Fornecer informação sobre os novos avanços e desafios para colmatar lacunas persistentes na identificação de casos e tratamento preventivo da TB em crianças.	Crianças com menos de 5 anos	Revisão bibliográfica	A melhoria do acesso ao tratamento preventivo da TB requer um aumento substancial na investigação de contatos com alocação de recursos adequados e investimento na formação destes de forma a fortalecer a sua capacidade para suspeitar clinicamente e diagnosticar a tuberculose principalmente em crianças.
E3 - Control of tuberculosis in large cities in developed countries: an organizational problem	Caylà, J.A., Orcau, A. (2011) Espanha	Argumentar sobre a importância de melhorar aspetos organizacionais e avaliar os programas de controlo da TB.	População a viver em centros urbanos em países desenvolvidos com baixa incidência de TB.	Revisão bibliográfica	Os programas luta contra a TB devem incluir novas estratégias de baseadas em melhorias na sua organização. Uma sólida organização da saúde pública, combinada com um conhecimento preciso do sistema de saúde local e do sistema social, e a cooperação de hospitais e centros especializadas, poderá ajudar a implementar melhores estratégias.

Título	Autores/ ano/ País	Objetivo	População	Desenho	Principais Resultados
					O melhor acesso ao tratamento requer um aumento significativo da identificação dos conviventes com alocação de recursos adequados. Será necessário definir as necessidades de acordo com a situação epidemiológica.
E4 - Adherence by Dutch Public Health Nurses to the National Guidelines for Tuberculosis Contact Investigation	Mulder, C., Harting, J., Jansen, N., et al, (2012). Holanda	Avaliar se enfermeiros de saúde pública aderem às diretrizes para identificação de contactos. Explorar fatores que influenciam o processo de identificação, priorização e o seu alargamento.	Enfermeiras especialistas em saúde pública a trabalhar em Unidades de Saúde Pública	Qualitativo descritivo	A adesão às orientações para a identificação de contactos foi limitada, diminuindo assim a eficácia, eficiência e uniformidade do controlo da TB. A adesão poderia ser otimizada especificando mais as recomendações e envolvendo ativamente os profissionais de saúde que trabalham com a pessoa com TB, apostando na formação dos enfermeiros de saúde pública A não adesão dos profissionais foi ainda relacionada com a ambiguidade das recomendações e uma tendência do agir na base de uma perspectiva de saúde individual ao invés de uma perspectiva de saúde da comunidade.
E5 - Factors associated with household contacts, tuberculosis testing and evaluation	Barroso, E.G. (2020). EUA	Identificar variáveis associadas ao rastreio de conviventes, com a avaliação dos mesmos e a adesão ao tratamento da infeção latente.	Conviventes diagnosticados com TB na cidade de Nova Iorque entre 2010 e 2014 e em que o gestor de caso foi uma enfermeira de saúde pública	Analítico retrospectivo	A compreensão dos fatores demográficos associados à adesão aos rastreios de TB e ILTB, assim como a adesão ao tratamento permitirá às agências de saúde pública simplificar o processo de investigação de contactos. Os resultados do estudo permitem aos prestadores de cuidados de saúde, especialmente aos enfermeiros, planear estratégias eficazes que aumentem o número de contactos identificados e adesão ao rastreio, principalmente nos adultos mais velhos, bem como o número de pessoas que aceita e completa o tratamento ILTB.

Título	Autores/ ano/ País	Objetivo	População	Desenho	Principais Resultados
E6 - Barriers and enablers to implementing tuberculosis control strategies in EU and European Economic Area countries: a systematic review	Conroy,F., Wurie, F., Collin, S.M. et al, (2021). Europa	Identificar fatores facilitadores ou impeditivos implementação de estratégias na luta contra a TB na EU.		Revisão sistemática da literatura	Identificaram-se como barreiras: conhecimento inadequado sobre a doença nos destinatários dos cuidados, baixa motivação para procurar ou aderir ao rastreio e tratamento, a necessidade de maior número de profissionais médicos e enfermeiras especializados, vários níveis de conhecimento relacionado com as diretrizes nacionais e divergência entre a prática clínica e as diretrizes ou a perceção da sua utilidade. Como facilitadores identificaram-se a atitude positiva dos profissionais de saúde em relação aos programas de TB.
E7 - Association Between Staff Experience and Effective Tuberculosis Contact Tracing in North Carolina, 2008–2009	Bryant, K.E., Allen, M.G., Fortenberry, E.R. et al, (2016). EUA	Determinar associação entre a experiência profissional com TB e 2 medidas de qualidade na identificação contatos: o tempo desde a identificação do caso até a identificação do contato e o número de contatos identificados.	Enfermeiros a exercer funções no controlo da TB no Estado da Carolina do Norte entre 2008 e 2009.	Correlacional retrospectivo	Maior experiência profissional no contacto com doentes com TB foi associada a uma identificação de contatos mais célere e minuciosa. Os resultados demonstram que, não só os anos de experiência a trabalhar com TB são importantes, mas a experiência prática da equipe (definida como o número de investigações em que o indivíduo participou) precisa de ser considerada O número médio de anos de experiência não afetou o número de contatos identificados nos casos com baciloscopia positiva. Em casos baciloscopia negativa identificou-se uma taxa média significativamente maior de contatos identificados nos Condados com alta incidência de TB tendo os enfermeiros uma maior experiência.
E8 – Is the EU model for contact investigation applicable to high TB burden settings?	Zellweger, J.-P., (2020). Suíça	Analisar se o modelo de identificação e rastreio de contactos utilizado pelos países europeus pode ser		Revisão bibliográfica	A investigação de contactos e o início precoce da terapêutica profilática para pessoas com maior risco de desenvolver TB são consideradas atividades que suportam e contribuem para o declínio da prevalência da doença.

Título	Autores/ ano/ País	Objetivo	População	Desenho	Principais Resultados
		replicado em países com incidência elevada de TB.			Isto implica que a identificação de contatos e a prevenção da TB latente devem ser realizados em paralelo com as atividades diagnósticas e curativas. A identificação precoce de crianças expostas e pessoas imunocomprometidas, parece ser viável sem custos adicionais excessivos, mesmo em países com alta incidência.
E9 - Drop-out from the tuberculosis contact investigation cascade in a routine public health setting in urban Uganda: A prospective, multi-centre study	Armstrong-Hough, M., Turimumahoro, P. Meyer, A.J. et al, (2017). Uganda	Aplicar uma análise metodológica em cascata para avaliar a implementação da investigação de contatos de pessoa com TB em contexto de visita domiciliaria.	Casos índice TB e os seus respetivos conviventes entre os meses de 09/2015 e 07/2016	Observacional analítico prospectivo	Resultados enfatizam os desafios na implementação de identificação de contactos nomeando as principais causas de abandono ao longo da cascata: 1) número de doentes identificados como caso índice; 2) visita domiciliária realizadas ao caso índice; 3) conviventes rastreados; e 4) contatos que completaram o rastreio e foram diagnosticados com tuberculose ativa. A maior proporção de desistências ocorreu no passo 2 (conclusão da visita domiciliária) e no passo 4 (conclusão da avaliação dos contactos de risco) As razões apontadas foram o facto de o caso índice ter abandonado o agregado familiar ou ter cancelado a visita domiciliária afirmando que estavam demasiado ocupados.
E10 - Effectiveness of contact investigations for tuberculosis control in Arkansas	Guzzetta, G., Ajelli, M. Yang, Z. et al, (2015). EUA	Fornecer estimativas quantitativas de identificação de contactos num cenário de baixa incidência de TB e contribuir para o debate sobre os	Casos de TB notificados entre 2001-2011 no estado do Arkansas	Analítico retrospectivo	Modelo matemático utilizado estimou que a identificação de contatos contribui para evitar cerca de 20% dos casos e mortes por TB. De acordo com as previsões, apenas cerca de 1/5 dos casos de TB são identificados. Estes valores resultam de falhas sequenciais nas diferentes etapas do processo: 1.) falhas em conduzir a identificação dos contactantes em alguns casos índice; 2.) identificação incompleta dos contatos pela pessoa,

Título	Autores/ ano/ País	Objetivo	População	Desenho	Principais Resultados
		protocolos existentes nesta área			3.) rastreamento, ou triagem de contatos identificados incompletos e diagnósticos perdidos. O modelo aplicado sugere que melhorias em cada uma destas áreas pode ter um impacto significativo e sinérgico na redução da carga da doença.
E11 - Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement	Van Hest, N.A., Aldridge, R.W., de Vries, G. et al, (2014). Eurosurveillance	Descrever intervenções sociais, educacionais, operacionais, organizacionais, legais e de monitorização no controlo da TB em centros urbanos da União Europeia		Revisão bibliográfica	Em zonas com baixa incidência a TB centra-se nas grandes cidades. Afeta desproporcionalmente grupos como migrantes, sem-abrigo, pessoas com historial de uso indevido de drogas e álcool e pessoas em instituições prisionais. Programas de controle da TB, nas grandes cidades, devem implementar e monitorizar a identificação e rastreio de contatos de acordo com as diretrizes nacionais e o consenso de melhores práticas internacionais e assegurar que as mesmas sejam implementadas. Deverá ser implementado um programa coordenado de educação e formação para sensibilizar e manter a consciencialização sobre a TB entre grupos e comunidades de risco, mas também entre os profissionais de saúde.
E12 - Improving tuberculosis contact tracing: the role of evaluations in the home and workplace	Duarte, R., Neto, M., et al. (2012). Portugal	Averiguar se estratégia de visita domiciliária, em Vila Nova de Gaia, contribuiu para o aumento da adesão ao rastreio da TB e se foram identificados mais contatos de risco.	Contactos identificados em 2001-2003 e 2004-2006	Analítico retrospectivo	Modelos concebidos para planejar investigações de contacto dependem da estratificação do risco, para identificação e rastreio de contactos e obtêm melhores resultados através da realização de visitas ao domicílio, ambientes sociais e locais de trabalho. O programa de identificação de contactos recém-implementado, com avaliação domiciliar e local de trabalho promoveu melhor adesão aos procedimentos de rastreio e identificou mais contatos em risco.

Título	Autores/ ano/ País	Objetivo	População	Desenho	Principais Resultados
E13 - Public Health Response to Tuberculosis Outbreak among Persons Experiencing Homelessness, Minneapolis, Minnesota, USA, 2017–2018	Tibbetts, K., Ottoson, R.A., Tsukayama, D.T., (2020). EUA	Descrever os desafios na identificação e rastreio de contactos na população sem abrigo	População que frequentou 3 alojamentos para sem abrigo com surtos ativos de TB no Minnesota em 2017.	Caso-controle	Transmissão relaciona-se com o grau de contagiosidade. Esta geralmente diminui à medida que as noites de exposição ao caso índice diminuem. Esta descoberta legitima os métodos de priorização de contactos e demonstra o valor de concentrar recursos na avaliação de conviventes do primeiro círculo. 8 casos de ILTB identificados em pessoas com 6 a 10 noites de exposição ao caso índice valida a expansão da investigação de contatos. Os contatos no segundo círculo concêntrico podem ter tido uma alta taxa de positividade porque foram expostos ao caso nos dias imediatamente anteriores ao diagnóstico, quando se acredita ser o mais contagioso. Por isso os profissionais de saúde pública devem considerar não apenas a duração da exposição, mas também o momento em que ela ocorre.
E14 - Risk of Active Tuberculosis among Index Case of Householders—A Long-Term Assessment after the Conventional Contacts Study	Puma, D.V., Pérez-Quílez, O. et al, (2017). Espanha	Determinar a incidência de tuberculose ativa entre os conviventes da pessoa com TB ao longo de um período de 7 anos.	Casos índice e conviventes, acompanhados num centro de cuidados de saúde primários em Barcelona de 01/2004 a 12/2013	Coorte retrospectivo	Um acompanhamento a longo prazo dos agregados familiares poderá ser considerado em áreas com maior incidência ou entre população específica de alto risco. Os enfermeiros de saúde comunitária devem registar o máximo de informação possível sobre cada contato do caso índice para fazer o backup do rastreamento se necessário. O mapeamento dos <i>hot spots</i> de TB em bairros residenciais fornece uma perspectiva espacial da doença, contribuindo para aprimorar a análise de informação e decisão em saúde.
E15 - The Implementation of Early Detection in Tuberculosis Contact Investigation to Improve Case Finding	Putra, I W., Kurniasari, N. et al, (2019). Indonésia	Avaliar a identificação de contactos como estratégia para melhorar a deteção de casos de TB	Contactos de pessoa com TB, identificados entre julho e dezembro de	Observacional descritivo	A identificação precoce de contactos entre os casos índice de TB, incluindo uma visita domiciliar, é uma estratégia sistemática, eficiente e eficaz para identificar novos casos de TB. Esta estratégia deu origem a notificações adicionais, especialmente entre crianças. A pouca adesão ao rastreio de TB é um desafio tornando necessária uma estratégia de educação

Título	Autores/ ano/ País	Objetivo	População	Desenho	Principais Resultados
			2017 em Bandung, Bali		para a saúde abrangente, abordando aspetos cognitivos e psicológicos, por forma a estimular os contatos com TB a participarem integralmente no rastreio.
E16 - Transmission events revealed in tuberculosis contact investigations in London	Cavany, S.M., Vynnycky, E. et al, (2018). Inglaterra	Descrever a transmissibilidade através da metodologia de identificação de contactos e o tempo médio despendido até ao rastreio.	Casos índice TB notificados no período de 20/01/2011 a 31/12/2011 e que tenham tido pelo menos um contato com diagnóstico de TB ativa	Observacional	A análise estima que quase 80% dos contatos, diagnosticados com TB, fazem parte de eventos de transmissão recentes envolvendo o caso índice e o contato. Isso implica que 20% das investigações de contato encontram novos casos mesmo quando não ocorre transmissão entre o caso índice e o seu contato, provavelmente associada a transmissão comunitária. Quando o caso e o contato apresentam um ou mais fatores de risco social, a transmissão recente demonstrou ser mais provável. O intervalo de tempo médio entre o diagnóstico do caso índice e a procura de cuidados de saúde do contacto foi de 6 semanas. Contatos adultos (em comparação com crianças) de migrantes não nascidos no Reino Unido apresentam maior probabilidade para intervalos de tempo superiores.
E17 - Tuberculosis: Which patients do not identify their contacts?	Josaphat, J., Dias, J.G. et al, (2014). Portugal	Analisar os determinantes associados à não-identificação dos contactos.	Casos de TB diagnosticados e tratados no CDP, Vila Nova Gaia e os seus contactos, de 1/01 a 31/12/2010.	Transversal	32,8% das pessoas com TB não identificaram todos os seus contactos. A análise multivariada mostrou que o caso índice tende a identificar os contactos de familiares e coabitantes, sendo que os contactos no local de trabalho representam um fator de risco independente para não ser identificado. É eficaz que os trabalhadores da saúde pública visitem lares, locais de trabalho, locais de congregação, abrigos para sem-abrigo, hospitais e prisões para identificar e rastrear contactos.
E18 – Influence of the identification of	Oliveira, P. et al,	Avaliar influência da identificação dos	Pessoas com TB pulmonar entre	Transversal	A identificação de contactos da pessoa com TB constitui uma estratégia epidemiológica e de saúde pública para a vigilância

Título	Autores/ ano/ País	Objetivo	População	Desenho	Principais Resultados
contacts on the adherence of index tuberculosis cases to treatment in a high incidence country	(2017). Brasil	contactos nos casos índice de TB e nos resultados do tratamento	2008 e 2012, no Paraná e com idade > 15 anos.		e controlo da TB. É importante desenvolver atividades de sensibilização para a pessoa com TB sobre a importância de identificar os seus contactos. O envolvimento da família é uma estratégia acessível que produz resultados positivos para o doente e para o sistema público de saúde, já que, contribui significativamente para a adesão ao tratamento, contribui para alcançar a cura e a consequente erradicação da TB.

Os artigos analisados reforçam a importância da identificação de contactos na luta contra a TB apontando falhas no processo atribuíveis, na sua generalidade, a uma identificação incompleta de contactos pelo caso índice, identificação de contactos incompleta pelos profissionais de saúde ou rastreios incompletos e diagnósticos falhados. Identificaram-se ainda 3 grandes áreas temáticas: barreiras à identificação de contactos pela pessoa, barreiras à identificação de contactos pelos profissionais de saúde, tal como descritas no Quadro 1, e estratégias adjuvantes na identificação de contactos.

Quadro 1: Distribuição dos fatores que dificultam a identificação de contactos pelo tipo de

Barreiras relacionadas com a pessoa	Barreiras relacionadas com os profissionais
• Lacunas no conhecimento • Estigma • Receio discriminação pelos colegas e familiares • Receio de perder o emprego • Dificuldades em nomear os contactos • Preocupações com a confidencialidade • Migrantes em situação irregular: medo de ser deportado • Barreiras linguísticas e culturais • Adultos mais velhos	• Atitudes negativas dos prestadores de cuidados em relação à aceitabilidade, adequação ou credibilidade do programa • Dotação inadequada dos profissionais de saúde e horas de cuidados alocadas a outras atividades • Conhecimentos e competências dos profissionais • Qualidade da informação recolhida durante a entrevista ao caso índice • Falta de sensibilização para a TB em países de baixa incidência • Problemas logísticos

As atitudes positivas dos profissionais de saúde em relação aos programas nacionais de TB, a relação de confiança profissional de saúde/ pessoa alvo dos cuidados, a experiência profissional incluindo a experiência dos entrevistadores e comunicação eficaz, a visita domiciliária, o envolvimento da pessoa e familiares no processo de luta contra a TB, as atividades de sensibilização e educação para a saúde e a formação contínua dos profissionais de saúde foram considerados facilitadores no processo de identificação de contactos da pessoa com TB.

Discussão

De acordo com a OMS, a identificação de contactos é uma boa prática de Saúde Pública, essencial para o rastreio de várias doenças infecciosas e, por conseguinte, o sistema político deverá investir no reforço da capacidade do sistema de saúde em levar a cabo a sua realização (WHO, 2020). A identificação de contactos e o início precoce da terapêutica profilática são consideradas atividades que suportam e contribuem para o declínio da prevalência da TB e as mesmas deverão ser realizadas em paralelo com as atividades diagnósticas e de tratamento (Zellweger, 2020). Os contactos próximos de uma pessoa com TB, representam um grupo de alto risco para o desenvolvimento da doença, principalmente no primeiro ano, e esta realidade permanece acima da incidência de fundo por pelo menos 5 anos após a exposição sendo que

crianças <5 anos de idade e pessoas com VIH são subgrupos particularmente em risco (WHO, 2020; Zellweger, 2020). As recomendações dos PNT devem considerar as evidências da relação custo-eficácia da identificação de contactos, incorporando estratégias complementares para melhorar a deteção dos mesmos tendo em consideração que melhor acesso ao tratamento preventivo requer um aumento sistematizado da identificação de contactos da pessoa com TB e uma alocação de recursos adequados para esse efeito (Tibbetts et al., 2020; Fox et al., 2019).

Barreiras à identificação de contactos pela pessoa

A deteção atempada de casos ativos ou de infeção latente (ILTb) encontra-se muitas vezes comprometida, quer por falta de conhecimento sobre a doença, pela não especificidade dos sintomas iniciais ou até pelo acesso inadequado a cuidados de saúde nos grupos mais vulneráveis.

Nos estudos analisados as barreiras relacionadas com a pessoa com TB e/ ou os seus contactos mais evidenciadas prenderam-se com a literacia em saúde e as lacunas no conhecimento sobre a doença, a sua transmissão, os seus sintomas e sobre o rastreio (Fox et al., 2019; Mtui & Spence, 2014; Oliveira et al., 2017). Diversos estudos identificaram a necessidade de adoção de uma estratégia de educação para a saúde abrangente, considerando aspetos cognitivos e psicológicos, por forma a estimular a pessoa e os seus contactos a participarem integralmente na identificação e adesão ao rastreio até à eventual confirmação do diagnóstico (Putra et al., 2019; Duarte et al., 2012).

O estigma, ainda hoje associado à TB, representa uma dificuldade acrescida na identificação dos contactos, principalmente em minorias étnico/raciais e nos idosos caucasianos. Barreiras linguísticas, crenças culturais e a própria acessibilidade aos serviços de saúde contribuem para essa dificuldade (Barroso, 2020; Cavany et al., 2018; Mtui & Spence, 2014). Estes resultados coincidem com os de outros estudos que identificaram fatores socioculturais e económicos, como o estigma e a pobreza, como uns dos principais obstáculos à identificação de contactos da pessoa com a TB. Adicionalmente ser um adulto mais velho (>65 anos) foi nomeado como fator de risco para não identificação porque, já que por um lado esta população não se integra num nominado grupo de risco e por vezes a doença é associada a uma reativação da TB (Barroso, 2020).

Um dos fatores essenciais para a infeção e doença TB é o contacto estreito com uma pessoa com doença ativa, sabendo-se que quanto maior a proximidade, a carga bacteriana e a duração do contacto, maior é a probabilidade de infeção. Outros fatores como a idade, o sexo, o

consumo de tabaco, o consumo de álcool, a desnutrição, a infeção pelo VIH e a diabetes aumentam o risco de infeção, a progressão para a doença e os efeitos adversos ao tratamento. Determinantes como a pobreza, a desigualdade socioeconómica e/ou de género, a insegurança alimentar e/ou no emprego e sistemas de saúde deficitários afetam não só os aspetos do espectro "exposição-infeção-doença-resultado adverso", mas também vários aspetos da saúde da população. Enquanto a idade e o sexo não são modificáveis, todos os outros fatores aqui expostos poderão ser alterados pela intervenção e vontade do Homem (Fox et al., 2019; Satyanarayana et al., 2020; WHO, 2019).

Na Europa, os contactos próximos de um caso índice de TB e os migrantes recém-chegados de países endémicos representam os principais grupos de risco, com uma maior probabilidade de ativação da infeção latente. Isto representa um impacto significativo na epidemiologia e na dinâmica populacional, constituindo um enorme reservatório de doença potencial e consequentemente risco de transmissão adicional (STP, 2020). O rápido crescimento populacional e a mobilidade da população ocasionam uma distribuição desigual dos determinantes sociais da TB, como sobrelotação das habitações, barreiras culturais e acessibilidade aos cuidados de saúde. O aumento das intervenções, um apoio social adequado, rastreios e tratamento da ILTB, a abordagem dos determinantes sociais específicos da TB irá melhorar a saúde na população e poderá quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão (Oliveira, P. et al, 2017; Satyanarayana et al., 2020).

Dificuldades em nomear os contactos ou a vontade da pessoa em querer participar na identificação de contactos, é outra das barreiras descritas, considerando que o CI nem sempre se lembra dos seus contactos ou deseja nomeá-los. Alguns estudos descrevem o facto de estar empregado e não ser familiar ou coabitante do CI como risco para não ser identificado. É possível que os CI não conheçam os nomes de todos os colegas de trabalho com os quais têm contactos significativos, ou que temam a discriminação ou até a perda dos seus empregos. É de salientar que revelar os contactantes implica a divulgação do seu estado de saúde a amigos, familiares próximos e colegas de trabalho, enfrentando o medo do preconceito. O grupo dos sem abrigo, sendo um dos mais suscetíveis, muitas vezes não é capaz de identificar os seus contactos por desconhecimento dos mesmos. De ressaltar ainda, no caso dos migrantes em situação irregular, que, para além das barreiras linguísticas, o medo de ser deportado representa uma dificuldade acrescida neste processo (Josaphat et al., 2014; Oliveira et al., 2017).

Manter a confidencialidade durante a identificação de contactos é outro dos grandes desafios, muitas vezes comprometida devido às ligações sociais entre o CI e os seus contactantes. Se a

peessoa está relutante em fornecer a informação sobre contactos próximos ou sociais, os esforços de aconselhamento e educação devem continuar ao longo do tempo com o intuito de obter a sua confiança (Mtui & Spence, 2014; Oliveira et al., 2017).

Barreiras à identificação de contactos pelos profissionais de saúde

As barreiras relacionadas com os profissionais de saúde mais descritas passam pelo facto de as práticas no controlo da TB não estarem em conformidade com as orientações e normas nacionais ou internacionais. Denota-se uma fraca adesão às diretrizes, muitas vezes consideradas pelos enfermeiros como ambíguas, sendo que muitos preferem manter a sua rotina regular, não confiando que as recomendações de priorização dos contactos englobem plenamente a prática diária. Denotou-se uma tendência para agir a partir de uma posição individual de cuidados de saúde em vez de uma perspetiva de saúde da população e ainda numa identificação de contactos em maior número que o recomendado, devido ao receio de “perder” algum contacto ou para prevenir a ansiedade entre potenciais contactos (Conroy et al., 2021; Mtui & Spence, 2014; Mulder et al., 2012).

Lacunas no conhecimento dos profissionais de saúde sobre a identificação e priorização de contactos e falta de experiência em TB foi outras das barreiras identificadas. A falta de sensibilização para a TB em países de baixa incidência leva a atrasos na deteção dos casos e dos seus contactos. Alguns profissionais reportam dificuldades na compreensão de quais os grupos elegíveis para a vacinação BCG (Barroso, 2020; Mtui & Spence, 2014; Mulder et al., 2012).

A disponibilidade inadequada de profissionais de saúde, nomeadamente poucos recursos humanos e/ ou pouco tempo para alocar a cuidados com a TB representam outras das dificuldades. Referem-se ainda problemas logísticos ou falta de recursos humanos em outras áreas como no campo administrativo (Bryant et al., 2016; Conroy et al., 2021; Caylà & Orcau, 2011).

Estratégias adjuvantes à identificação de contactos

É revelado um consenso geral de que uma melhoria do acesso ao tratamento preventivo da TB requer um aumento substancial da identificação e rastreio de contactos, com alocação de recursos adequados e investimento na formação destes fortalecendo a sua capacidade para suspeitar clinicamente e diagnosticar a TB. Entende-se que, uma atitude positiva dos profissionais de saúde em relação aos programas nacionais, contribui para uma maior adesão aos mesmos. Alguns autores defendem que o conhecimento das orientações poderia ser

otimizado especificando mais as recomendações de orientação e envolvendo ativamente os profissionais de saúde, líderes de opinião e peritos na sua conceção, para além de garantir uma educação contínua dos profissionais implementando programas coordenados de educação e formação de forma a sensibilizar e manter a consciencialização sobre a TB (Conroy et al., 2021; Mulder et al., 2012).

A relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa pode contribuir para motivar a mesma a participar ativamente na identificação dos seus contactos. Vários estudos referem que o processo de obtenção de informação válida e fiável é por vezes um processo longo, em que a capacidade do entrevistador de extrair as informações necessárias, de compreender as condições em que a pessoa vive e trabalha e a capacidade e vontade da pessoa para fornecer informações sobre os seus contactos têm um papel fundamental (Duarte et al., 2012; Mtui & Spence, 2014). Envolver a pessoa e os seus familiares no processo da luta contra a TB é uma estratégia acessível que produz resultados positivos para a pessoa, mas também para o sistema público de saúde, contribuindo para melhores resultados no que diz respeito à identificação de contactos, adesão ao tratamento e cura (Oliveira et al., 2017).

Maior experiência profissional no contacto com doentes com TB foi associada positivamente a uma identificação de contactos mais célere e completa. Os resultados demonstram que, não só os anos de experiência são importantes, mas a experiência prática da equipa (i.e., o número de investigações em que o indivíduo participou) devem ser consideradas nesta equação (Bryant et al., 2016). Rácios de pessoal adequados são vitais para garantir o diagnóstico precoce e o rápido tratamento da TB e o envolvimento com atividades adicionais, tais como sensibilização, identificação de contactos ou rastreios. A escassez de profissionais de saúde com experiência em TB é causa de efeitos adversos no rastreio, no tempo até ao diagnóstico e nos processos de encaminhamento para tratamento (Bryant et al., 2016; van Hest et al., 2014). Os programas de luta contra a TB devem trabalhar para reter pessoal experiente e a formação dos profissionais novos na gestão de casos deve representar uma prioridade elevada, principalmente em áreas de baixa incidência (Bryant et al., 2016; Conroy et al., 2021; Oliveira et al., 2017; van Hest et al., 2014).

Existem grandes oportunidades para melhorar a eficácia da identificação de contactos da pessoa com TB aumentando a proporção de visitas domiciliárias por parte dos enfermeiros. Vários modelos concebidos para planear a identificação de contactos dependem da estratificação do risco para identificação e rastreio e obtêm melhores resultados através da realização de visitas ao domicílio, ambientes sociais e locais de trabalho. Esta é uma

intervenção promissora que contribui para a descoberta de casos ativos e latentes e a mudança para uma abordagem centrada na pessoa, nas suas famílias e nas suas casas irá elevar a sua eficiência e eficácia, melhorando a prestação de cuidados ao nível tanto de agregado familiar como da comunidade (Armstrong-Hough et al., 2017; Duarte et al., 2012).

Alguns estudos denotam a existência de uma demarcação tradicional de papéis entre os profissionais de medicina e de enfermagem, com os primeiros marcadamente na gestão do programa e os últimos mantendo um papel operacional. Posicionar enfermeiros, peritos em TB, em cargos de liderança e gestão poderá reforçar a coordenação dos cuidados, capacitando estes profissionais para supervisionar os cuidados à pessoa com TB, o rastreio de contactos e o apoio à adesão ao regime terapêutico, contribuindo com um papel vital no fortalecimento dos serviços (Conroy et al., 2021; Mtui & Spence, 2014).

Considera-se que uma sólida organização da saúde pública, combinada com um conhecimento preciso da situação de saúde local e do sistema social, juntamente com parcerias intersectoriais na saúde, contribuirá largamente para implementar mais e melhores estratégias (WHO, 2020; Caylà & Orcau, 2011). De acordo com Barroso (2020) a compreensão dos fatores demográficos associados à adesão aos rastreios e ao tratamento permitirá às unidades de saúde pública simplificar o processo de investigação de contactos, permitindo aos seus profissionais, nomeadamente aos enfermeiros, planear estratégias mais eficazes que aumentem o número de contactos identificados bem como o número dos que aceitam e completam o tratamento ILTB, essencial para diminuir a incidência da doença TB.

Conclusão

A melhoria do acesso ao tratamento preventivo da TB requer um aumento substancial da identificação e rastreio de contactos, com alocação de recursos adequados e investimento na formação destes, desenvolvendo atividades de educação para a saúde por forma a sensibilizar os profissionais, a pessoa, grupos e comunidades sobre a importância de identificar contactos e participar em atividades de rastreio.

Sabemos hoje que cumprir as metas propostas para o fim da TB, levando em consideração o ritmo atual dos progressos alcançados, representa um desafio pouco realista, principalmente se o impulso se mantiver concentrado apenas no diagnóstico e tratamento da TB e da ILTB sem abordar os determinantes sociais e da saúde como a pobreza, a desigualdade socioeconómica e/ou de género, a insegurança alimentar e/ou no emprego e sistemas de saúde deficitários. Neste sentido o quadro dos ODS afigura-se como uma excelente oportunidade para a ação.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública tem uma oportunidade única, uma voz decisiva, para obter a liderança na promoção da saúde da população. Para tal deverá assumir uma intervenção mais ativa na vigilância e monitorização de fenómenos que possam interferir com a saúde das famílias e comunidades, deve conceber um papel mais ativo na conceção e supervisão de programas/ campanhas de intervenção em saúde com vista à capacitação destas e participar na sua implementação, concretização e avaliação.

Bibliografia

- Armstrong-Hough, M., Turimumahoro, P., Meyer, A. J., Ochom, E., Babirye, D., Ayakaka, I., Mark, D., Ggita, J., Cattamanchi, A., Dowdy, D., Mugabe, F., Fair, E., Haberer, E., Katamba, A., & Davis, J. L. (2017). Drop-out from the tuberculosis contact investigation cascade in a routine public health setting in urban Uganda: A prospective, multi-center study. *PLoS ONE*, 12(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187145>
- Barroso, E. G. (2020). Factors associated with household contacts' tuberculosis testing and evaluation. *Public Health Nursing*, 37, 705–714. <https://doi.org/10.1111/phn.12788>
- Bryant, K. E., Allen, M. G., Fortenberry, E. R., Luffman, J., Zeringue, E., & Stout, J. E. (2016). Association between staff experience and effective tuberculosis contact tracing in North Carolina, 2008–2009. *North Carolina Medical Journal*, 77(1), 37–44. <https://doi.org/10.18043/ncm.77.1.37>
- Cavany, S. M., Vynnycky, E., Sumner, T., Macdonald, N., Thomas, H. L., White, J., White, R. G., Maguire, H., & Anderson, C. (2018). Transmission events revealed in tuberculosis contact investigations in London. *Scientific Reports*, 8 eArticle 6676. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-25149-6>
- Caylà, J. A., & Orcau, A. (2011). Control of tuberculosis in large cities in developed countries: an organizational problem. *BMC Medicine*, 9(127). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-127>
- Conroy, O., Wurie, F., Collin, S. M., Edmunds, M., Vries, G. De, Lönnroth, K., Abubakar, I., & Anderson, S. R. (2021). Barriers and enablers to implementing tuberculosis control strategies in EU and European Economic Area countries: a systematic review. *The Lancet Infectious Disease*, 21(9), 272–280. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00077-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00077-3)
- Duarte, R., Neto, M., Carvalho, A., & Barros, H. (2012). Improving tuberculosis contact tracing: the role of evaluations in the home and workplace. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 16(1), 55–59. <https://doi.org/10.5588/ijtld.10.0511>
- Fox, G. J., Dodd, P. J., & Marais, B. J. (2019). Household contact investigation to improve tuberculosis control. *The Lancet Infectious Disease*, 19(3), 235–237. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30061-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30061-1)
- Guzzetta, G., Ajelli, M., Yang, Z., Mukasa, L. N., Patil, N., Bates, J. H., Kirschner, D. E., & Merler, S. (2015). Effectiveness of contact investigations for tuberculosis control in Arkansas. *Journal of Theoretical Biology*, 380, 238–246. <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2015.05.031>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Josaphat, J., Dias, J. G., Salvador, S., Resende, V., & Duarte, R. (2014). Tuberculosis: Which patients do not identify their contacts? *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20(5), 242–247. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2013.11.004>
- Marais, B. J., Verkuil, S., Casenghi, M., Triasih, R., Hesselink, A. C., Mandalakas, A. M., Marcy, O., Seddon, J. A., Graham, S. M., & Amanullah, F. (2021). International Journal of Infectious Diseases Paediatric tuberculosis – new advances to close persistent gaps. *International Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.003>
- Mtui, L., & Spence, W. (2014). An exploration of NHS staff views on tuberculosis service delivery in Scottish NHS boards. *Journal of Infection Prevention*, 15(1), 24–30. <https://doi.org/10.1177/1757177413500511>
- Mulder, C., Harting, J., Jansen, N., Borgdorff, M. W., & Leth, F. Van. (2012). Adherence by Dutch Public Health Nurses to the National Guidelines for tuberculosis contact investigation. *PLoS ONE*, 7(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049649>

- Oliveira, S. P., Carvalho, M. D. B., Pelloso, S. M., Caleffi-Ferracioli, K. R., Siqueira, V. L. D., Scodro, R. B. L., & Cardoso, R. F. (2017). Influence of the identification of contacts on the adherence of index tuberculosis cases to treatment in a high incidence country. *International Journal of Infectious Diseases*, 65, 57–62. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2017.09.005>
- Programa Nacional para a Tuberculose. (2020). *Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-recomendacoes.aspx>
- Puma, D. V., & Olga, P. (2017). Risk of Active tuberculosis among Index Case of Householders — A Long-Term Assessment after the Conventional Contacts Study. *Public Health Nursing*, 34(2), 112–117. <https://doi.org/10.1111/phn.12279>
- Putra, I. W., Kurniasari, N. M., Dewi, N. P., Suarjana, I. K., Duana, I. M., Mulyawan, I. K., Riono, P., Alisjahbana, B., Probdari, A., Notobroto, H., & Wahyuni, C. (2019). The Implementation of early detection in tuberculosis contact investigation to improve case finding. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(3), 191–197. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.190808.001>
- Satyanarayana, S., Thekkur, P., Kumar, A. M. V., Kumar, A. M. V., Lin, Y., Dlodlo, R. A., Khogali, M., Zachariah, R., & Harries, A. D. (2020). An opportunity to end TB: Using the sustainable development goals for action on socio-economic determinants of TB in high burden countries in WHO south-east Asia and the western pacific regions. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 5(2), 1–19. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed5020101>
- Stop TB Partnership. (2018). *Stop TB Field Guide: Using contact investigation to improve TB case detection*. United Nations Office. https://stoptb-strategicinitiative.org/elearning/wp-content/uploads/2019/04/STBFG_06.pdf
- Tibbetts, K. K., Ottoson, R. A., & Tsukayama, D. T. (2020). Public Health response to tuberculosis outbreak among persons experiencing homelessness, Minneapolis, Minnesota, USA, 2017-2018. *Emerging Infectious Diseases*, 26(3), 420–426. <https://doi.org/10.3201/eid2603.190643>
- Van Hest, N. A., Aldridge, R. W., Vries, G. De, Sandgren, A., Hauer, B., Hayward, A., Oñate, W. A. De, Haas, W., & Codecasa, L. R. (2014). Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement. *EuroSurveillance*, 19(9). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2014.19.9.20728>
- World Health Organization. (2015). *The End TB Strategy*. World Health Organization. www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy
- World Health Organization. (2020). *WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention - Tuberculosis preventive treatment*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331525/9789240002906-eng.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report 2021*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- Zellweger, J.-P. (2020). Is the EU model for contact investigation applicable to high TB burden settings? *International Journal of Infectious Diseases*, 92(S), S55–S59. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.013>