

Jornadas Internacionais de **Enfermagem Comunitária 2014**

▶ Livro de conferências e comunicações

Organizadores

Margarida Abreu, Teresa Tomé Ribeiro, Manuela Teixeira, Maria José Peixoto,
Fátima Araújo, Rosa Maria Freire, Fernanda Bastos, Elisabete Borges,
Ana Paula Cantante, Ana Isabel Vilar

Edição

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Ficha técnica

TÍTULO

Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2014

Livro de Comunicações & Conferências

ORGANIZADORES

Margarida Abreu, Teresa Tomé Ribeiro, Manuela Teixeira, Maria José Peixoto, Fátima Araújo, Rosa Maria Freire, Fernanda Bastos, Elisabete Borges, Ana Paula Cantante, Ana Isabel Vilar

EDIÇÃO

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

DESIGN E PAGINAÇÃO

ESEP ► Gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação

Paginação: Alexandra Carvalho

ISBN

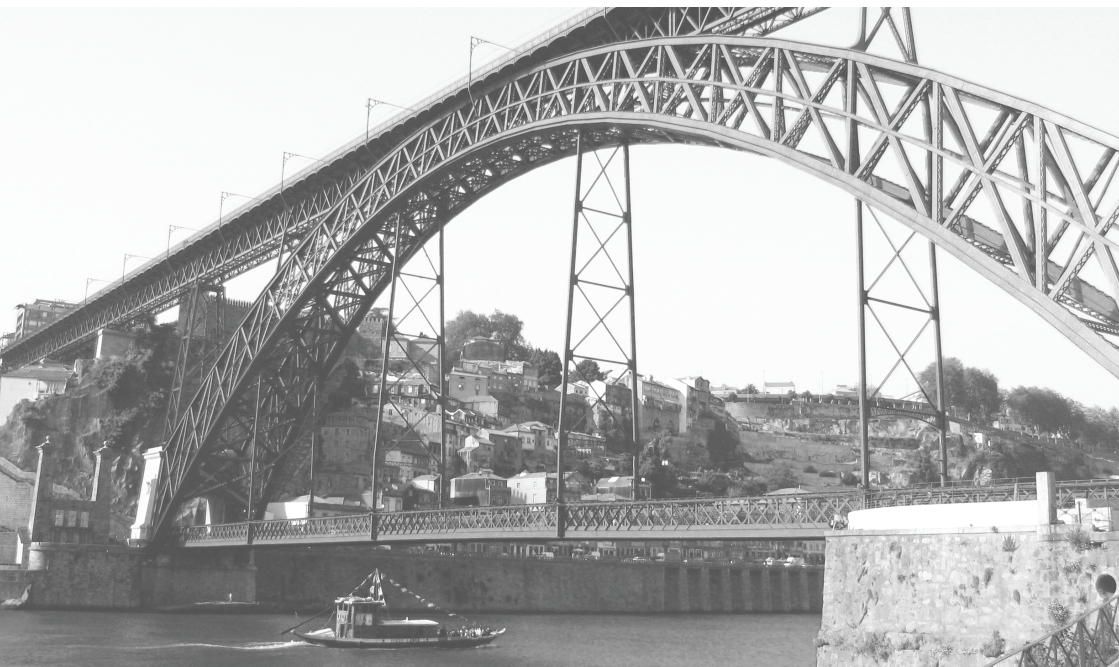
978-989-96103

2016

Contents

Editorial	5
Comunicações	6
► Promover o envelhecimento ativo: o caso do Sistema de Itinerários Acessíveis do Porto <i>Célia M. Ferreira & João Pestana</i>	7
► Atitudes de estudantes de Enfermagem sobre o envelhecimento <i>Margarida Abreu & Nilza Nogueira</i>	13
► A perceção de saúde do idoso: centralidade das subjetividades no processo de cuidados <i>Filipa Costa, Raquel Ferreira, Ricardo Gomes, Elsa Leiras & Débora Oliveira</i>	21
► O conceito de dignidade nas pessoas idosas: uma revisão de literatura <i>Sónia Novais</i>	29
► Quais as barreiras à participação de cuidadores informais de pessoas dependentes num programa psico-educacional? <i>Margarida Abreu, Alcione Silva & Nilza Costa</i>	38
► A influência do funcionamento familiar na qualidade de vida dos idosos: um estudo numa instituição de acolhimento <i>Ana Filomena Freitas, Manuela Teixeira & Maria do Carmo Rocha</i>	46
► Consumo tabágico, uma problemática de saúde pública <i>Ana Sofia Carvalho, Adília Fernandes & Manuel Brás</i>	52
► Fatores de risco cardiovascular numa amostra populacional <i>Ana Catarina Santos & Rosa Maria Freire</i>	59
► Cancro do colo do útero – agir para prevenir <i>Maria de Jesus Pires & Maria de Lourdes Varandas</i>	64
► Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde primários <i>Carina Ferreira, Manuel Brás & Eugénia Anes</i>	71
► A escola, a adolescência e a formação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários portugueses sobre sexualidade <i>Manuel Brás, M. Henriqueta Figueiredo, M. Manuela Ferreira & Ana Sofia Coelho</i>	78
► Como aprendem a comunicar os profissionais de saúde? O ensino das competências de comunicação centradas no doente <i>Isabel Silva, Glória Jóluskin, Rute F. Meneses, Sofia Andrade e Helder Pereira</i>	85
► A prática da gestão de caso na Unidade de Cuidados na Comunidade <i>Corina Freire, M. Irene Santos & M. João Esparteiro</i>	93
► A saúde mental em contexto penitenciário <i>Verónica Fernandes, Glória Jóluskin, Isabel Silva, Andreia Castro-Rodrigues & Natasha Fernandes</i>	100
► Proteção específica das crianças através da capacitação dos pais <i>Ana Rita Cavaco & M. Lourdes Varandas</i>	108
► Efeito de um programa de visita domiciliária de enfermagem na qualidade de vida dos doentes com coxartrose submetidos a artroplastia total da anca <i>António Manuel Pinto & Amâncio Carvalho</i>	116

- **Promoção da adesão à terapêutica na epilepsia: revisão sistemática** 125
Vânia Linhares & Rute Meneses
- **Um olhar sobre um projeto de intervenção no âmbito da prevenção da obesidade na adolescência** 132
Amâncio Carvalho, M.^a Helena Meneses, M.^a Emília Dinis, M.^a Elisabete Espinheira & Vanessa Santos Monteiro
- **Autopercepção da depressão em estudantes de Enfermagem** 141
Graça Pimenta, José Carlos Carvalho & Júlia Martinho



Editorial

As Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária encontram-se ancoradas nos cursos de pós licenciatura e de mestrado em Enfermagem Comunitária da ESEP. Pretendem ser um momento de divulgação dos trabalhos desenvolvidos pelos estudantes destes cursos e, simultaneamente, trazer à ESEP pessoas de reconhecido mérito nacional e internacional no âmbito da Saúde Comunitária e ainda outros investigadores com interesse nesta área.

Neste *e-book* são abordados temas relevantes na área da saúde comunitária, entre os quais destacamos: *A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: percursos e desafios*; *A Gestão em saúde – das políticas aos ganhos em saúde*; *A promoção do envelhecimento ativo: o papel das novas tecnologias*; e *Os desperdícios: uma rede de partilha*.

Esperamos que os trabalhos apresentados e discutidos no âmbito destas jornadas possam contribuir para o desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde, para que proporcionem cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente, a grupos com necessidades específicas.

COMUNICAÇÕES

- Cuidados integrados de saúde
- Gestão em saúde
- Envelhecimento ativo
- Desperdício alimentar
- Projetos de intervenção

► Promover o envelhecimento ativo: o caso do Sistema de Itinerários Acessíveis do Porto

Célia M. Ferreira¹ & João Pestana²

¹ Câmara Municipal do Porto, Técnica Superior.

² Câmara Municipal do Porto, Técnico Superior.

Contacto: celiaferreira@cm-porto.pt • joaopestana@cm-porto.pt

Resumo

O envelhecimento populacional é um fenómeno com cada vez maior expressão nas áreas urbanas. O crescente aumento da representatividade da população idosa na cidade do Porto está na génese da reflexão em torno das questões relacionadas com o bem-estar e conforto dos cidadãos mais velhos. Na esfera do planeamento urbano tem vindo a ser desenvolvido o Plano de Promoção da Acessibilidade da Cidade do Porto, documento estratégico e regulador ao nível das condições efetivas de acessibilidade e mobilidade. Do mesmo modo, a plataforma digital Sistema de Itinerários Acessíveis constitui um serviço *online* de apoio ao cidadão, fazendo a ligação entre o meio urbano e todos aqueles que o percorrem.

Palavras-chave: Porto; envelhecimento populacional; Sistema de Itinerários Acessíveis.

Abstract

Ageing is a phenomenon with a growing expression in urban areas. The increasing representation of the elderly population in the city of Oporto is the genesis of reflection on issues related to welfare and comfort of older citizens. In the sphere of urban planning has been developed the Plan for Promoting Accessibility of Oporto, a regulatory and strategic document around the real conditions of accessibility and mobility. Similarly, the Sistema de Itinerários Acessíveis is a digital platform that constitute an online support service to the citizen, making connection between the urban environment and all those who move.

Keywords: Porto; ageing; Sistema de Itinerários Acessíveis.

Introdução

O envelhecimento populacional representa uma tendência à escala internacional, com contornos diferenciados consoante os territórios. Envolvendo múltiplos fatores, desde os demográficos aos sociais e económicos, trata-se de uma questão com a qual se debatem os países, as regiões e muito particularmente as cidades, desafiados e desafiadas a refletir sobre as condições de conforto e bem-estar que oferecem aos seus cidadãos, particularmente aos que se encontram nas faixas etárias mais avançadas e que, por força da idade ou por debilidade ao nível da saúde, têm necessidades específicas e precisam de respostas adequadas.

O envelhecimento populacional tem implicações em diversos domínios de intervenção: desde o planeamento e gestão dos equipamentos e serviços sociais e de saúde até à gestão e adequação do parque habitacional ou dos sistemas de transportes, passando pelo planeamento ao nível do espaço público.

O município do Porto integra, desde 1 de Outubro de 2010, a Rede Mundial de Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Trata-se de uma iniciativa, lançada pela Organização Mundial de Saúde, que tem por objetivo a reflexão, avaliação e aplicação de medidas que propiciem um ambiente urbano favorável aos mais velhos, criando condições para que se mantenham ativos, saudáveis e integrados na vida comunitária, potencializando o contributo que dão e podem dar à sociedade.

Conscientes da sua importância, estas questões estão já a ser trabalhadas no âmbito da Direção Municipal de Urbanismo. O que neste artigo se pretende apresentar é um dos projetos em desenvolvimento nesta Direção que vai ao encontro das necessidades específicas das pessoas com mobilidade condicionada, entre as quais os idosos. Trata-se do Sistema de Itinerários Acessíveis (SIA).

Em termos de estrutura do documento, será efetuada primeiramente uma síntese dos contornos do envelhecimento demográfico na cidade do Porto e, de seguida, será abordado o Plano de Promoção da Acessibilidade para a cidade do Porto e apresentada a ferramenta Sistema de Itinerários Acessíveis. Serão, por fim, sistematizadas algumas breves conclusões.

Os contornos do envelhecimento populacional na cidade do Porto

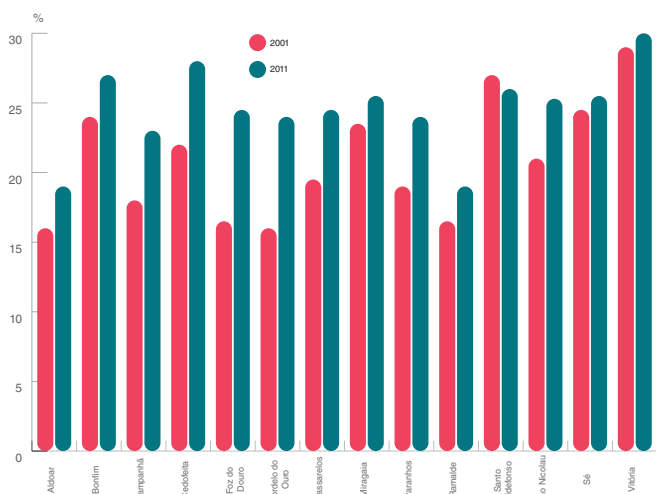
Os contornos do envelhecimento demográfico no Porto enquadram-se no contexto das alterações demográficas sentidas a nível nacional e na generalidade das sociedades europeias.

Verificou-se, entre 2001 e 2011, a diminuição das taxas de natalidade (de 9,2 nados-vivos para 8,4 nados-vivos por 1000 residentes) e mortalidade (passou de 12,4 óbitos para 12,0 óbitos por 1000 residentes¹). O envelhecimento ocorre na base e no topo da pirâmide etária, ou por outras palavras, a proporção de idosos (65 ou mais anos de idade) tem vindo a aumentar ao mesmo tempo que a proporção de jovens (até aos 14 anos de idade) tem registado um decréscimo. O peso dos idosos na população residente era de 19,4%, em 2001, enquanto que, em 2011, atingia os 23,2%. Quanto aos jovens, representavam 13,1% do total de residentes em 2001 e 11,9% em 2011. À escala das freguesias evidenciava-se igualmente o aumento da representatividade dos idosos, com exceção de Santo Ildefonso (Gráfico 1). Em 2011, a Vitória era a freguesia

1 INE, *Infoline*.

com maior peso de população residente na faixa etária dos 65 ou mais anos (cerca de 30%); no mesmo ano, Aldoar era a freguesia onde a representatividade dos mais velhos era menor (19,4%). Esta situação reflete-se igualmente ao nível da secção estatística. Em 2011, constata-se a existência de unidades territoriais com elevada concentração de população idosa dispersas um pouco por toda a cidade (Mapa 1).

Gráfico 1. População residente idosa por freguesia Fonte: INE, Censos de 2001 e 2011



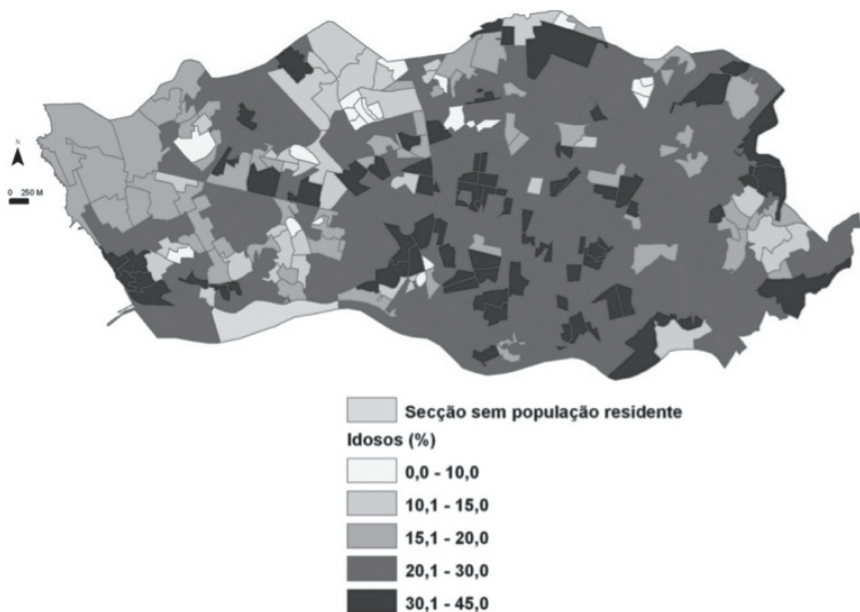
O índice de envelhecimento agravou-se entre 2001 e 2011: em 2001, registava-se uma relação de cerca de 147 idosos por cada 100 jovens; em 2011, essa relação era de cerca de 194 idosos por cada 100 jovens. Quanto à vulnerabilidade dos idosos em termos de quadro habitacional, em 2001, cerca de 22% da população com 65 ou mais anos de idade vivia só, enquanto em 2011 esta proporção atingia um valor de cerca de 24%, sendo que, neste último ano, 37% dos idosos viviam com outras pessoas também na faixa etária dos 65 ou mais anos de idade².

A consciência da expressão do fenómeno na cidade está na génese da reflexão sobre o que se pode fazer na esfera do planeamento urbano, no que se refere à criação ou melhoria das condições que as cidades oferecem aos idosos. Existe um conjunto de focos de intervenção consensuais e transversais que são: a distribuição territorial equitativa de equipamentos e serviços de saúde, ação social, cultura, lazer e desporto; a existência de uma rede de transportes públicos que permita o fácil acesso a equipamentos e serviços diversos; a disponibilização de veículos especializados ou adequados ao transporte de pessoas com necessidades específicas; a eliminação de barreiras arquitetónicas e obstáculos nos espaços públicos; a criação de acessos adequados a equipamentos e serviços e às habitações, criando também condições

² INE, Censos 2001 e Censos 2011 (dados definitivos).

de conforto e segurança no interior do parque habitacional; a segurança, o conforto e a higiene dos espaços públicos verdes e de circulação; a criação de mecanismos de informação que cubram diversas áreas, desde os transportes às condições da habitação, passando pela divulgação de eventos de natureza cultural, desportiva ou lúdica; a promoção da participação na vida comunitária e da cidadania ativa e a potencialização do papel das Tecnologias de Informação e Comunicação na integração social dos idosos.

Mapa 1. Peso da população idosa por secção estatística, 2011



Fonte: INE, 2013.

Plano de Promoção de Acessibilidade para a Cidade do Porto - Sistemas de Itinerários Acessíveis

Atualmente, a rede viária da cidade do Porto apresenta uma extensão de 522 quilómetros, correspondentes a 1044 quilómetros de passeios ao longo dos arruamentos. Dotar todo este percurso de características acessíveis, para além de obrigar à disponibilização de valores in-comportáveis, estaria associado a um vasto e demorado processo de levantamento e projeto, que correria o risco de se tornar obsoleto mesmo antes da sua conclusão.

Para contornar esta situação, decidiu-se pela articulação com uma das redes de transportes públicos na cidade. Neste caso, a rede de metropolitano parece, por todo o trabalho já desenvolvido pela sua empresa gestora, a mais apta a concentrar a nossa atenção. As composições e a grande maioria das estações são acessíveis, estendendo o mapa de mobilidade a grande parte da cidade e aos concelhos vizinhos.

De um caminho circunscrito numa área de cerca de 500 metros em redor de cada estação, representando uma distância percorrível em cerca de 10 minutos a pé, podemos partir para um emaranhado de itinerários acessíveis

Com este esquema “metroconcêntrico”, será necessário identificar quais os *links* essenciais: os interfaces com os outros transportes (STCP, CP, etc.), os equipamentos escolares, culturais, desportivos, saúde etc., os espaços públicos e outros “acontecimentos urbanos” notáveis que podem contribuir para esta rede. Para além destes braços mais ou menos estendidos, é fundamental a definição de uma orla acessível envolvente aos pontos de transbordo.

Através da implementação deste plano possibilita-se a extensão do mapa de acessibilidade ao longo do território, definindo e tratando os sistemas de espaços coletivos como motores de uma nova vertebração da cidade, garantindo elementos de continuidade, ordenando relações entre vias, equipamentos, monumentos, etc., criando novas identidades. Para tal, foi efetuado um diagnóstico rigoroso direcionado para a avaliação das condições efetivas de acessibilidade e mobilidade. Com todo este conhecimento adquirido produziu-se um documento estratégico e regulador que traduz, cartográfica e detalhadamente, o programa e cadernos de encargos para retificação das irregularidades encontradas.

Exige-se que esta informação recolhida esteja sempre atualizada e disponível num portal dinâmico a que se estipulou chamar Sistema de Itinerários Acessíveis.

Contexto

O Sistema de Itinerários Acessíveis, baseado no transporte coletivo, permite a consulta *online* de percursos acessíveis otimizados, digitalmente calculados, entre dois pontos previamente escolhidos. O apoio dos transportes coletivos na prossecução dos objetivos definidos no âmbito deste projeto afirma a sua natureza intermunicipal e inter-regional.

Esta fase do projeto conta com o apoio obtido na candidatura ao programa projeto RAMPA - POPH.

Este projeto é transversal a todas as Direções Municipais do Organigrama da Câmara Municipal do Porto (CMP), o que configura alguma singularidade no funcionamento ordinário dos serviços, e envolve diversas entidades externas ao município.

Entidades tutelares do espaço em análise:

- Organismos da Administração Central por intermédios das suas Direções Regionais,
- Metro do Porto,
- Serviços Transportes Coletivos do Porto (STCP),
- Comboios de Portugal (CP).

Parcerias de desenvolvimento tecnológico e científico:

- Universidade do Porto (UP),
- Operadoras de Telemóvel (a definir).

Parcerias para produção de documentos de apoio e escrutínio do Plano de Promoção da Acessibilidade para Todos:

- Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO),
- Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA),
- Associação de Surdos do Porto (ASP),
- Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APPC).

Trata-se, portanto, de uma iniciativa que irá garantir a sustentabilidade da cidade, adaptando-a à realidade humana, sensível às novas formas de mobilidade que surgiram no tempo, aproveitando as potencialidades da tecnologia.

Conclusões

O envelhecimento populacional é, na atualidade, um fenómeno incontornável que exige atenção sobre as necessidades específicas da população idosa. As cidades, em particular, são chamadas a refletir sobre as condições que oferecem aos seus residentes ou visitantes mais velhos.

No Porto, o envelhecimento demográfico tem vindo a acentuar-se ao longo do tempo. A estrutura etária da população residente alterou-se: a proporção de idosos aumentou a par da diminuição da proporção de jovens. A consciência da expressão do fenómeno originou a reflexão em torno de questões relacionadas com o planeamento urbano de modo a ir ao encontro das necessidades dos idosos e das condições necessárias para o seu conforto e bem-estar.

Com o Sistema de Itinerários Acessíveis (SIA) pretende-se abraçar as necessidades económicas atuais, tirando partido de mão-de-obra perfeitamente válida, não excluindo pessoas pela sua idade e/ou condição física, e promovendo o desenvolvimento do mercado crescente que é o turismo sénior. As novas formas de governância não podem estar alheias a estes factos, nesse sentido o município do Porto disponibiliza novos serviços digitais de apoio ao cidadão. A plataforma digital - Sistema de Itinerários Acessíveis online, faz o link necessário para que haja uma aproximação entre o meio urbano e aquele que o percorre.

Dispor de uma base de dados resultante de um diagnóstico, o mais rigoroso possível, no âmbito da acessibilidade e mobilidade para todos, irá permitir à autarquia, pequenas e médias empresas, comerciantes de rua e promotores da área da construção, ter uma noção mais transparente da realidade. Perceber as facilidades e dificuldades de acessibilidade e mobilidade para todos, é fundamental para detetar falhas, encontrar soluções e prevenir erros. Conhecer o universo de estudo é o primeiro passo para que se possa promover de forma assertiva o direito da igualdade de oportunidades.

Referências bibliográficas

CMP/GEP. *Dinâmicas demográficas e sociais: O Porto no contexto Europeu*. [Destaque Informativo]. Porto: Câmara Municipal do Porto/Gabinete de Estudos e Planeamento, 2008.

EUROPEAN UNION. *Cities of tomorrow: Challenges, visions, ways forward*, European Commission/Directorate General for Regional Policy, 2011.

PINTO, T. e LOPES, A. *Cidades amigas das pessoas idosas? Implicações e recomendações de um estudo nacional: O que dizem os municípios, o que pensam os especialistas e o que se vivencia nos espaços*. Associação VIDA (Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Activo), 2012.

► Atitudes de estudantes de Enfermagem sobre o envelhecimento

Margarida Abreu¹ & Nilza Nogueira²

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto.

Contacto: mabreu@esenf.pt • nilza@esenf.pt

Resumo

Introdução: Em Portugal, tem aumentado o número de pessoas idosas com necessidades de cuidados de saúde específicos. Os cuidados prestados às pessoas idosas está diretamente relacionada com as atitudes dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros e estudantes de enfermagem. O nosso objetivo é explorar as atitudes dos estudantes de enfermagem em relação à velhice. **Metodologia:** Estudo de natureza quantitativo, exploratório e descritivo. Cento e quarenta estudantes de enfermagem do primeiro ano, constituíram a amostra. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o Inventário de Atitudes em Relação à Velhice, originalmente desenvolvido por Sheppard (1981) e adaptado para o português por Neri (1986). Na análise dos dados recorremos a medidas de tendência central. **RESULTADOS:** O estudo envolveu 14 estudantes do sexo masculino e 126 estudantes do sexo feminino, com uma idade média de 18,7 anos. A média das pontuações atribuídas pelos estudantes nos itens de Inventário de Sheppard foi de 2,05 (DP=0,32). Em geral, este valor indica que as respostas foram negativas. A pontuação para cada fator do Inventário de Atitudes em Relação à Velhice estavam abaixo do ponto médio nas dimensões "Expectativas quanto à atividade" e "Expectativas em relação a satisfação" ($X=1,70$, $DP=0,39$ e $X=1,66$, $SD=0,56$, respetivamente) e valor acima do ponto médio da escala dimensão "A ansiedade sobre a morte" ($X=2,82$, $DP=0,71$). **DISCUSSÃO:** Estes resultados, espelhando atitudes negativas dos estudantes em relação à velhice, estão em consonância com os de Celik et al. (2010). **CONCLUSÃO:** Os estudantes de enfermagem do 1.º ano demonstram atitudes negativas, em relação à velhice $X=2.05$ ($SD=0.32$). Compete aos professores, do ensino superior, da área da saúde, desmistificar os estereótipos que acompanham o envelhecimento.

Palavras-chave: Atitudes, envelhecimento, estudantes de Enfermagem.

Abstract

Introduction: In Portugal, has increased the number of elderly people, with specific health care needs. Care of the elderly is directly related to the attitudes of health professionals, including nurses and nursing students. **Objective:** To explore the attitudes toward aging among nursing students. **Method:** A quantitative exploratory descriptive research study was undertaken. One hundred and forty nursing students of the first year, comprised the sample. The data collection instrument used was the Inventory of Attitudes Toward Aging, originally developed by Sheppard (1981) and adapted to Portuguese by Neri (1986). During data analysis we used central tendency measures. **Results:** The study involved 14 male students and 126 female students with a mean age of 18,7 years. The average of the scores given by the students in the Inventory items Sheppard was 2,05 (SD = 0,32). In general, this value indicates that the responses was negative. The scores for each factor Sheppard Inventory of Attitudes toward Aging were below the midpoint of the range in dimensions "Expectations regarding activity" and "Expectations regarding satisfaction" ($X=1,70$, $SD=0,39$ and $X=1,66$, $SD=0,56$, respectively) and value above the midpoint on the scale dimension "Anxiety about death" ($X=2,82$, $SD=0,71$). **Discussion:** These results, reflecting negative attitudes of students toward aging, are consistent with Celik et al. (2010). **Conclusion:** Nursing students of 1st year show negative attitudes toward aging $X=2,05$ ($SD=0,32$). Higher education teachers, related to health have responsibilities in demystify aging stereotypes.

Keywords: Attitudes, Aging, Nursing students.

Introdução

Os países europeus são considerados, depois do Japão, os mais envelhecidos do mundo, uma vez que 16% da população tem idade superior a 65 anos (Abad-Corpa et al. 2010). Portugal também segue esta tendência de envelhecimento demográfico. A dinâmica do crescimento da população residente em Portugal, entre os anos de 2000 e 2008, caracteriza-se pelo aumento da proporção da população idosa (65 ou mais anos) no total da população (Carrilho e Patrício 2009). Os mesmos autores, referem ainda que o envelhecimento da população é responsável pelo aumento do número de pessoas em situação de dependência.

Na atualidade, as pessoas com idade superior a 65 anos constituem três quartos do número total de dependentes, facto que traz sérias repercussões na comunidade, relacionado com aspetos socioeconómicos e da saúde (Abad-Corpa et al. 2010).

Assim, face ao aumento do número de pessoas idosas, é necessário preparar adequadamente os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros para cuidar desta população (Aud et al. 2006). Os enfermeiros, como membros da equipe interdisciplinar, têm um papel fundamental como prestadores de cuidados a pessoas idosas e estão em ótima posição para influenciar a qualidade dos cuidados a estas pessoas (Hweidi e Al-Obeisat 2006). A qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas está diretamente relacionada com as atitudes dos enfermeiros, médicos, estudantes de medicina e de enfermagem que lhes prestam cuidados (Hweidi e Al-Obeisat 2006). Uma vez que os estudantes de hoje serão os profissionais de saúde de amanhã, é crucial o desenvolvimento e o cultivo de atitudes positivas em relação ao processo de envelhecimento e às pessoas mais velhas.

Como docentes numa das maiores escolas públicas do país emergiu a seguinte questão “Quais as atitudes dos estudantes do 1.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, em relação à velhice?”

Neste âmbito, têm surgido vários estudos quer a nível nacional e internacional, que suscitam a atenção da comunidade científica. Em Illinois, Estados Unidos, Ferrario et al. (2007) apontam que quanto mais conhecimentos os estudantes de enfermagem (n=117) possuíam sobre envelhecimento mais positivas eram as suas atitudes em relação às pessoas idosas e vice-versa.

Celik et al. (2010) desenvolveram o primeiro estudo na Turquia, sobre a percepção e as atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao envelhecimento e à prestação de cuidados à pessoa idosa. Estes autores verificaram que mais de metade dos participantes no seu estudo tinha uma visão negativa sobre o envelhecimento e a maioria mostrava problemas de comunicação com os doentes mais velhos. Os mesmos autores reiteram que os enfermeiros que cuidam de pessoas idosas doentes devem ter conhecimentos sobre as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento.

No mesmo ano, na Grécia, investigadores verificaram que os estudantes de Enfermagem do sexo feminino manifestaram atitudes mais positivas do que os do sexo masculino. Verificaram ainda a falta de conhecimentos e interesse em cuidar de pessoas idosas pelos estudantes. No entanto, reconheceram mudança nas atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação a cuidar de pessoas idosas do 1.º para o 3.º ano de curso (Deltisidou et al. 2010).

Em Portugal, Gonçalves et al. (2011) efetuaram um estudo com 460 estudantes a frequentar instituições de ensino superior privado, em três diferentes cursos: Enfermagem (n=141), Psicologia (n=99) e Serviço Social (n=220). Os resultados indicaram que os estudantes dos três cursos manifestaram maior interesse em trabalhar com crianças do que com indivíduos de outras faixas etárias; os estudantes de enfermagem e de assistência social exibiam atitudes mais positivas, mais conhecimentos e interesse em trabalhar com pessoas idosas comparativamente com os estudantes de psicologia. Verificaram ainda que as atitudes em relação à velhice, o contacto formal anterior com pessoas idosas, o conhecimento sobre o processo de envelhecimento e a idade do aluno influenciavam a manifestação de interesse para trabalhar com pessoas idosas. Os estudantes que manifestaram atitudes mais positivas em relação à velhice mostravam estar interessados em trabalhar na área do envelhecimento. O contacto formal seguiu o mesmo padrão, e aqueles estudantes que relataram contacto formal com pessoas idosas no passado, tinham quase duas vezes mais probabilidades de ter interesse em trabalhar com pessoas idosas do que aqueles alunos que não relataram contacto formal. No que diz respeito ao conhecimento notou-se um padrão oposto, à medida que o conhecimento sobre o envelhecimento aumentava, o interesse em trabalhar com pessoas idosas diminuía. Finalmente, a idade exibía uma relação positiva e significativa com o interesse em trabalhar com pessoas idosas.

Atentas a esta problemática, pretendemos com este estudo descrever as atitudes em relação à velhice em estudantes do 1.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem de uma escola pública da região do Grande Porto.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo exploratório e descritivo.

População e amostra: A população do estudo foi constituída por todos os estudantes do 1.º ano do curso de licenciatura em Enfermagem de uma escola pública da região Norte de Portugal, no ano letivo 2011/2012. A amostra foi constituída pelos estudantes que estavam presentes na primeira aula da unidade curricular de Envelhecimento e que aceitaram participar no estudo. Participaram 140 estudantes.

Instrumento: Como instrumento de colheita de dados utilizamos um questionário, composto por duas partes. A primeira, contemplava dados sociodemográficos e de coabitação com idosos (contacto social e grau de parentesco). A segunda parte foi constituída pelo Inventário de Atitudes em relação à Velhice (Sheppard 1981). Este instrumento, adaptado para português por Neri (1986), avalia as atitudes em relação à velhice e destina-se a adultos jovens e adolescentes. Foi construído para discriminar entre pessoas portadoras de uma visão positiva/visão negativa sobre velhice (Neri 1986). O instrumento é constituído por 20 itens categorizados em quatro fatores. No nosso estudo utilizamos os fatores da escala original (Sheppard 1981): Expectativas quanto à atividade (itens 6, 4, 3, 14, 19, 12, 5, 8, 11, 1, 20); Sentimentos em relação à velhice (itens 10, 16, 2, 17); Expectativas quanto à satisfação (itens 15, 18, 9) e Ansiedade em relação à morte (itens 7, 13). As respostas são classificadas numa escala do tipo Likert de cinco pontos (discordo totalmente, discordo em parte, nem concordo e nem discordo, concordo em parte e concordo totalmente). O instrumento contém afirmações positivas e negativas em relação à velhice, pelo que as pontuações das afirmações negativas, foram invertidas para a análise dos dados, como parecer dos autores.

Procedimentos: Após o consentimento da autora da versão portuguesa para a utilização do Inventário de Atitudes em Relação à Velhice, da aprovação do conselho técnico científico da escola e da explicação aos estudantes dos objetivos do estudo e da forma de preenchimento do questionário. Aplicamos o questionário em sala de aula e coletivamente, aos estudantes que se disponibilizaram para participar.

Análise de dados: Para a análise de dados, foi utilizado o programa SPSS (Versão 21). Iniciamos com a análise exploratória dos dados sociodemográficos e de coabitação – distribuição de frequências, cálculo da média e desvio padrão. Os estudantes foram agrupados por sexo, idade e convivência com pessoas idosas e comparados quanto às pontuações obtidas na avaliação das atitudes em relação à velhice através da utilização de testes paramétricos e não paramétricos, tendo sido adotado o nível de significância de $p < 0,005$.

Análise dos resultados

O estudo envolveu 14 estudantes do sexo masculino e 126 estudantes do sexo feminino, com uma idade média de 18,7 anos. Cento e vinte e oito estudantes não trabalhavam. Dos que trabalhavam (8,6%), desenvolviam uma atividade profissional incluída nos grupos 4 (4,3%), 3 (1,4%) e grupo 1 (1,4%) da classificação nacional das profissões (CNP), sendo respetivamente pessoal administrativo e similares, técnicos e profissionais de nível intermédio e quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores. No que refere à escolaridade dos pais, verificamos uma distribuição maior para o 2.º ciclo (24,3%) para os pais e o ensi-

no secundário (30%) para as mães. Os resultados mostraram que 76,4% dos participantes não coabitava com idosos. Dos 23,6% estudantes que coabitava com idosos, 22,9% tinham grau de parentesco com as pessoas idosas. Verificamos ainda que 59,3% dos estudantes contactava com pessoas idosas mais de cinco vezes por mês.

Em relação às Atitudes em relação à Velhice, calculamos a média das pontuações apresentadas pelos estudantes nos itens do Inventário de Sheppard. A média encontrada foi de 2,05 (DP=0,32). Este valor indica atitudes negativas dos estudantes em relação à velhice, como podemos verificar na Tabela seguinte:

Tabela 1 – Caracterização dos itens do Inventário de Atitudes em relação à Velhice

ITEMS	Inventário de Atitudes em relação à Velhice			
	n=140			
	X	SD	Mo	Min-Max
1 - É na juventude que se pode ter o máximo de satisfação na vida	3,39	1,16	4	1-5
2 - Fico preocupado quando penso que um dia vou ficar velho	2,94	1,27	4	1-5
3 - Existem poucas possibilidades de ter sentimentos de realização na velhice	1,46	0,76	1	1-5
4 - É possível ter vida sexual ativa na velhice	1,69	0,96	1	1-5
5 - Espero poder desfrutar a minha velhice	1,17	0,67	1	1-5
6 - Não há motivos para que um idoso não permaneça ativo	2,05	1,04	2	1-5
7 - É difícil enfrentar a ideia da própria morte	4	1,03	4	1-5
8 - A vida oferece pouco aos velhos, além de preocupação e desconforto	2,10	1,11	2	1-5
9 - Quando eu for velho, espero ter mais tempo livre e menos responsabilidades	2,55	1,15	2	1-5
10 - Sinto medo ao pensar na debilidade física ocasionada pela velhice	2,31	1,03	2	1-5
11 - A velhice é o período mais sombrio da vida	1,70	0,95	1	1-5
12 - Espero continuar a sentir-me bem comigo mesmo, independentemente da idade	1,21	0,68	1	1-5
13 - É melhor morrer cedo do que enfrentar a velhice nesta sociedade	1,65	0,98	1	1-5
14 - Quando eu for velho, a maioria das coisas que farei serão chatas e desinteressantes	1,39	0,66	1	1-5
15 - Quando eu for velho, espero sentir-me satisfeito com o que realizei na vida	1,74	1,53	1	1-5
16 - Acho que vou sentir-me solitário na velhice	2,35	1,17	2	1-5
17 - Detesto pensar que o meu cônjuge ou companheiro poderá morrer antes de mim	2,17	0,86	5	1-5
18 - Quando eu for velho, espero sentir-me tão feliz quanto na minha juventude	1,31	0,67	1	1-5
19 - É possível encontrar companheirismo na velhice	1,35	0,79	1	1-5
20 - Na velhice é possível perceber que valeu a pena viver a vida	1,26	0,71	1	1-5

Destacamos, que os estudantes consideraram que “É na juventude que se pode ter o máximo de satisfação na vida” com uma média de 3,39 (DP=1,16); “Fico preocupado quando penso que um dia vou ficar velho” com uma média de 2,94 (DP=1,27); “É possível ter vida sexual ativa na velhice” com uma média de 1,69 (DP=0,96); “Espero continuar a sentir-me bem comigo mesmo, independentemente da idade” com uma média de 1,21 (DP=0,68); “Quando eu for velho, espero sentir-me tão feliz quanto na minha juventude” com uma média de 1,31 (DP=0,67) e “É possível encontrar companheirismo na velhice” com uma média de 1,35 (DP=0,79).

No entanto, é de salientar as atitudes positivas em relação à velhice: “Existem poucas possibilidades de ter sentimentos de realização na velhice” com uma média de 1,46 (DP=0,76); “A velhice é o período mais sombrio da vida” com uma média de 1,70 (DP=0,95) e “Quando eu for velho, a maioria das coisas que farei serão chatas e desinteressantes” com uma média de 1,39 (DP=0,66).

Os estudantes apresentam atitudes negativas em relação ao envelhecimento, ao apresentarem valores abaixo do ponto médio da escala nas dimensões “Expectativas quanto à atividade” e “Expectativas quanto à satisfação” ($X=1,70$ e $X=1,66$, respetivamente) e valor acima do ponto médio da escala na dimensão “Ansiedade em relação à morte” ($X=2,82$).

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre as dimensões do Inventário (Expectativas quanto à atividade; Sentimentos em relação à velhice; Expectativas quanto à satisfação e ansiedade em relação à morte) e as variáveis idade, sexo e coabitação com pessoas idosas.

Discussão dos resultados

Os resultados deste estudo mostraram que 90% dos estudantes eram do sexo feminino; tinham uma idade média de 18,7 anos; 91,4% apenas estudava e 76,4% não coabitava com pessoas idosas. Dos 23,6% estudantes que coabitava com pessoas idosas, 22,9% manifestaram grau de parentesco com essas pessoas idosas. Verificamos ainda que a maioria dos estudantes (59,3%) contactava com pessoas idosas mais de cinco vezes por mês.

Os nossos resultados diferem dos encontrados por Celik et al. (2010), Deltisidou et al. (2010) e Gonçalves et al. (2011) em relação à idade e à coabitação com pessoas idosas.

Na nossa investigação, os estudantes são mais jovens (média da idade 18,7 anos) e apenas 23,6% coabitava com idosos. Nos estudos de Celik et al. (2010) e Gonçalves et al. (2011) a média da idade dos estudantes de enfermagem foi de 21 anos. Deltisidou et al. (2010) apresentaram uma amostra com idade compreendida entre os 18 e os 29 anos Em relação à coabitação com pessoas idosas, Celik et al. (2010) verificaram que mais de metade dos participantes viveram ou estão atualmente a viver com parentes idosos. Gonçalves et al. (2011) constataram que 87% dos estudantes de Enfermagem tinha contacto frequente com familiares idosos.

Na nossa investigação, a média das atitudes em relação à velhice, foi de 2,05 (DP=0,32). Este valor indica que as respostas dos estudantes revelam atitudes negativas em relação à velhice, facto corroborado por Celik et al. (2010). Estes autores concluíram que mais de metade dos participantes tinham uma perceção negativa sobre a velhice e quase metade definiu o processo de envelhecimento como um processo negativo. Celik et al. (2010) explicam que a perceção negativa dos participantes sobre a velhice se deve à maioria das pessoas idosas Turcas viverem inativas e improdutivas após a sua reforma.

De forma oposta, Neri e Jorge (2006), verificaram uma tendência positiva nas respostas dos estudantes de Enfermagem. Mas, é importante salientar que estes estudantes já tinham sido expostos ao ensino sobre envelhecimento.

No nosso estudo não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre as dimensões do Inventário de Sheppard e as variáveis idade, sexo e coabitação com pessoas ido-

sas, facto que pode ser explicado pela idade (média 18,7 anos) dos estudantes, praticamente a totalidade da amostra ser do sexo feminino e apenas 23,6% dos estudantes coabitarem com idosos.

Deltsidou et al. (2010) encontraram diferenças entre os indivíduos do sexo masculino e feminino relativamente às atitudes em relação ao cuidar de pessoas idosas. Os estudantes mais velhos apresentaram uma melhor pontuação *score* relativamente aos mais novos. Estes autores sugerem que os estudantes jovens, especialmente do sexo masculino, deviam constituir-se como um "grupo-alvo" para uma intervenção educacional, pois quanto melhor o conhecimento, melhor os cuidados prestados às pessoas idosas.

Gonçalves et al. (2011) expõem que as atitudes positivas em relação às pessoas idosas podem ser promovidas através da interação com membros do corpo docente e especialistas, na aquisição de conhecimentos sobre as mudanças que ocorrem com a idade e do contato com pessoas idosas saudáveis. Os mesmos autores sugerem que os professores desempenham um papel particularmente importante neste processo, uma vez que além de divulgarem o conhecimento também funcionam como modelos. Recomendam ainda o incremento de conteúdos sobre o processo de envelhecimento nos currículos dos cursos.

Conclusões

Como principal conclusão destacamos as atitudes negativas dos estudantes de enfermagem do 1º ano, do curso de licenciatura em Enfermagem, em relação à velhice $X = 2,05$ ($SD = 0,32$). Perante esta circunstância, consideramos que os estudantes devem ter oportunidades para contactar com pessoas idosas para desenvolver atitudes positivas, assim como acesso a conteúdos específicos na área da gerontologia, como veículos para uma visão mais positiva sobre o processo de envelhecimento e sobre a etapa da velhice.

Investigação futura nesta área é necessária e pertinente, particularmente a nível nacional e interinstitucional, através da realização de estudos longitudinais para podermos aferir a relevância do saber e da clínica em Enfermagem aos idosos, na mudança de atitudes em relação à velhice em jovens estudantes. Tarefa que iremos encetar.

Como limitações do estudo, mencionamos o contexto, uma vez que os participantes pertenciam a uma única escola de Enfermagem.

Referências bibliográficas

- ABAD-CORPA, E. et al. Research protocol: A synthesis of qualitative studies on the process of adaptation to dependency in elderly persons and their families. *BMC Geriatrics*. 2010, **10**:58.
- AUD, M. et al. Introducing baccalaureate student nurses to gerontological nursing. *Journal of Professional Nursing*. 2006, **22**(2), 73-78.
- CARRILHO, M. J. e PATRÍCIO, L. A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. 2009, **46**, 57-108.
- CELIK, Sevilay S. et al. Views and attitudes of nursing students towards ageing and older patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2010, **27**(4), 24-30.

CUMMINGS, Sherry M., ADLER, G. e DECOSTER, V. Factors influencing graduate: social-work students' interest in working with elders. *Educational Gerontology*. 2005, **31**, 643-655.

DELTSIDOU, A. et al. Nurse teachers' and student nurses' attitudes towards caring the older people in a province of Greece. *Health Science Journal*. 2010, **4**(4), 245 - 257.

DUKE, P., COHEN, D. e NOVACK, D. Using a geriatric mentoring narrative: Program to improve medical student attitudes towards the elderly. *Educational Gerontology*. 2009, **35**, 857-866.

FERRARIO, Catherine G. Changing nursing students' attitudes about aging: an argument for the successful aging paradigm. *Educational Gerontology*. 2007, **34**(1), 51-66.

GONÇALVES, Daniela C. et al. Attitudes, knowledge, and interest: Preparing university students to work in an aging world. *International Psychogeriatric*. 2011, **23**(2), 315-321.

HWEDEI, Issa M. e AL-OBEISAT, Salwa M. Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Nurse Education Today*. 2006, **26**, 23-30.

NERI, Anita L. O Inventário Sheppard para medida de atitudes em relação à velhice e sua adaptação para o Português. *Estudos de Psicologia*. 1986, **1-2**, 23-42.

NERI, Anita L. e JORGE, Mariana D. Attitudes and beliefs toward aging among undergraduate students from the education and health fields: curriculum planning contributions. *Estudos de Psicologia*. 2006, **23**(2), 127-137.

ARKER, Johanna E. et al. Influences on final year medical students' attitudes to general practice as a career. *Journal of Primary Health Care*. 2014, **6**(1), 56 - 63.

SHEPPARD, A. Attitudes toward aging: Analysis of an attitude inventory for younger adults. *Catalog of Selected Documents in Psychology*. 1981, **11**, 9-27.

► A perceção de saúde do idoso: centralidade das subjetividades no processo de cuidados¹

Filipa Costa¹, Raquel Ferreira², Ricardo Gomes³, Elsa Leiras² & Débora Oliveira²

¹ Câmara Municipal do Porto, Enfermeira

² ARSNorte, ACES Cávado III Barcelos-Esposende, Enfermeira.

³ ARSNorte, ACES Cávado I Braga, Enfermeiro Olga Fernandes.

Contacto: jrtgomes@gmail.com

Resumo

Introdução: A insuficiência de dados sobre o estado de saúde e autonomia das pessoas idosas justifica um diagnóstico de situação atualizado, no sentido de se orientarem as práticas de cuidados (OPSS 2012). Perante isto, o objetivo principal do estudo centrou-se na caracterização do perfil de saúde percecionado pelas pessoas idosas. **Metodologia:** Estudo descritivo-correlacional, dirigido à totalidade das pessoas, com idade ≥ 65 anos (N=243), residentes em duas freguesias rurais do norte de Portugal. Os dados foram colhidos com recurso ao *Easy-Care Standard* Portugal 2010. Para além da análise descritiva, utilizaram-se técnicas estatísticas paramétricas e não paramétricas. **Resultados:** 60,1% dos idosos são do sexo feminino, com média de idades 75 anos, 94,3% possuem até 4 anos de educação formal e percecionam o rendimento como suficiente (91,4%). Acrescente-se, que 78% das pessoas idosas vivem acompanhadas com familiares e com baixos níveis de dependência (92,3%). Por outro lado, 31,9% apresentam risco de depressão, 64,1% são polimedicados, 42,2% referem quedas no último ano e como se sentindo felizes a maior parte do tempo (91,5%). **Discussão dos resultados:** O bem-estar e a independência assumem-se como aspetos que caracterizam a população idosa. Verificou-se como potencial problema a polimedicação e o risco de queda, associando-se ao risco de falha do cuidado. O risco de depressão associa-se ao sexo feminino, rendimento, visão, comunicação, perceção de saúde e nível de (in)dependência. Estas relações vão de encontro ao referido por diversos autores em que os fatores sociodemográficos e clínicos constituem aspetos determinantes na promoção de um envelhecimento saudável. **Conclusão:** Torna-se fundamental conhecer as perceções da pessoa idosa relativamente ao seu estado de saúde, pois o conhecimento produzido é essencial para repensar projetos de intervenção direcionados para as especificidades de cada comunidade, promovendo os determinantes do envelhecimento ativo.

Palavras-chave: Perceção do estado de saúde; Saúde do Idoso; Envelhecimento.

¹ Saliente-se, que o presente artigo resulta de um estudo realizado, em 2013, no âmbito do Estágio I - Intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária, do curso de estrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, no Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde, sob orientação da Professora Doutora Carmina Morais.

Abstract

Introduction: The lack of data on health status and autonomy of elderly people in Portugal, justifies the need for a situation diagnosis, oriented for health care practice (OPSS, 2012). Given this, this study focused on the characterization of the health profile perceived by the elderly. **Methodology:** This is a quantitative, descriptive and correlational study, whose population was composed of elderly people (≥ 65 years) living in the countryside of northern region of Portugal (N=243). Data was collected through the Easy-Care Standart Portugal 2010. Besides the descriptive analysis, we used parametric and non-parametric statistical techniques. **Results:** 60.1% of the elderly are women, mean age of 75 years, 94.3% have up to 4 years of formal education and perception income as adequate (91.4%). It should be added that 78% of older people live with their family and have low levels of dependence (92.3%). On the other hand, 31.9% are at risk of depression, 64.1% are polypharmacy, 42.2% reported falls in the past year and assure feeling happy most of the time (91.5%). **Discussion of results:** The well-being and independence themselves as aspects that characterize the elderly population. It was found as a potential problem, polypharmacy and the risk of falling, in association to the risk of failure of care. The risk of depression is associated with female gender, income, vision, communication, perception of health and level of (in) dependence. These relationships corroborate several authors, stating that sociodemographic and clinical factors are decisive aspects in the promotion of healthy aging. **CONCLUSION:** It is essential to understand the perceptions of the elderly regarding their state of health, because the knowledge produced is essential to rethink intervention projects aiming the specificities of each community, promoting the determinants of active aging.

Keywords: Perception of health status; Elderly Health; Aging.

Introdução

O envelhecimento acentuado da população é uma realidade que atinge a sociedade portuguesa. O Instituto Nacional de Estatística (2009) comprova isto mesmo, ao salientar que até 2060, para além do declínio populacional esperam-se alterações significativas na estrutura etária da população portuguesa, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico. Perante isto, as políticas de saúde, em Portugal, deverão assegurar que um maior número de pessoas idosas possam beneficiar duma vida mais ativa, saudável e participativa, nomeadamente através de programas efetivos de saúde promotores do envelhecimento ativo. Torna-se fundamental a obtenção atualizada de dados relativos à perceção que a pessoa idosa tem do seu bem-estar e das suas necessidades, tendo sempre presente que essa perceção possui um cariz subjetivo (Guedea et al. 2006). Desta forma, deve-se promover a sensibilização dos profissionais de saúde, nomeadamente na área da saúde comunitária, para a adoção de estratégias interventivas centradas nas reais necessidades e capacidades da pessoa idosa, sustentando as reformas na área da saúde, com base nos pontos de vista e escolhas dos cidadãos (OPSS 2012).

Neste contexto, refletindo sobre as concepções de idoso, e tendo em conta a idade cronológica, importa referir que não existe consenso quanto aos limites de idade que devem sustentar a análise do envelhecimento. Assim, e tendo em conta o definido pelo Instituto Nacional de Estatística (1999), no documento “As Gerações mais Idosas”, consideram-se, no presente

estudo, pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos. No entanto, observando a velhice como uma construção social, é importante realçar que não são tanto os efeitos da idade cronológica que afetam as condições das pessoas idosas, mas sobretudo a estrutura socioeconômica que as priva de estatuto, poder e controle sobre as suas próprias vidas. Torna-se, então, urgente desconstruir os estereótipos negativos ligados ao envelhecimento, assim como mudar as mentalidades e atitudes que ainda condicionam uma abordagem mais adequada das problemáticas, direitos e necessidades da pessoa idosa (DGS 2004). É neste âmbito, que a investigação na área das ciências de Enfermagem pode dar um contributo decisivo, na medida em que se centra nas respostas dos idosos aos processos de vida, bem como nas transições por eles vivenciadas (Pereira, Miguel e Fernandes, 2011). Na verdade, uma transição envolve processos de mudança que requerem adaptação e, neste contexto, partindo dos pressupostos da Teoria das Transições, será fundamental que a pessoa idosa tome consciência das mudanças que ocorrem nesta fase da vida, mas sobretudo que desenvolva confiança e estratégias adequadas em lidar com a mudança, uma vez que a importância da transição não reside apenas na aprendizagem que daí advém, mas particularmente na aceitação de novos papéis (Meleis 2012).

Nesta linha de pensamento importa, também, ter em atenção que as pessoa idosas transportam consigo os seus hábitos, costumes, crenças, e que deverão ser consideradas e respeitadas (George 2000). Cabe, assim, destacar a forte influência da cultura e das crenças sobre a “saúde percebida”, uma vez que esta se estrutura a partir da auto-observação e julgamento de uma pessoa, quando analisa comparativamente a sua própria condição com a do outro, sendo inegável a influência de parâmetros pessoais, culturais e sociais, neste julgamento (Dias et al. 2011).

As perspetivas apresentadas centram-se no desenvolvimento de esforços e medidas, que visam a promoção de um envelhecimento ativo. Assim sendo, visando-se contribuir para reorganização dos cuidados centrados nos cidadãos, e tendo em consideração as conceções estruturantes descritas, realizou-se um estudo que teve como objetivo principal caracterizar o perfil de saúde percecionado pela população idosa. Em termos mais específicos procurou-se: caracterizar a população do ponto de vista sociodemográfico e clínico; descrever as perceções sobre as capacidades: visão, audição e comunicação; autocuidado; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar; administração da medicação e identificar o grau de (in)dependência, o risco de falha na prestação de cuidados, o risco de queda e o risco de depressão.

Metodologia

Tendo por base os objetivos do estudo, efetuou-se um estudo do tipo descritivo-correlacional. A população abrangida neste estudo reside em duas freguesias rurais da região Norte de Portugal, na área de abrangência de uma instituição de saúde da mesma região. Neste estudo optou-se pela totalidade das pessoas residentes com idade igual ou superior a 65 anos, num total de 243 idosos, definida a partir do Sistema de Gestão de Utentes dos Centros de Saúde (SINUS). A hospitalização durante o período da colheita de dados, ausência no domicílio em três momentos distintos e a recusa em participar no estudo, constituíram os critérios de exclusão. Os dados foram colhidos entre março e abril de 2013, com recurso ao *Easy-Care Standard*

Portugal 2010. Este instrumento foi aplicado no domicílio ou na instituição (lar e centro de dia), consoante a circunstância da pessoa idosa. O *Easy-Care* (Figueiredo e Sousa 2000) é uma escala multidimensional, que caracteriza a qualidade de vida e bem-estar da população idosa (versão portuguesa do *Easy-Care*). O mesmo efetua a caracterização dos idosos com base em 26 variáveis: visão; audição; mastigação; fala; saúde; solidão; habitação; realizar o trabalho doméstico; preparar as próprias refeições; ir às compras; administrar o próprio dinheiro; usar o telefone; tomar os medicamentos; sair de casa e caminhar na rua; movimentar-se dentro de casa; subir e descer escadas; deslocar-se da cama para a cadeira; utilizar a sanita; usar a banheira ou chuveiro; cuidar da aparência pessoal; vestir-se; alimentar-se; incontinência urinária; incontinência fecal; depressão; diminuição cognitiva. Segundo os mesmos autores, perante uma suspeita de diminuição cognitiva significativa, o examinador deve primeiramente aplicar o teste de diminuição cognitiva à pessoa idosa, constituído por sete questões cuja pontuação total atribuída é de zero a vinte e oito, do qual resulta um pontuação que indica a normalidade/diminuição ligeira, ou diminuição moderada a grave, sendo que nestas circunstâncias o instrumento não será aplicado. As respostas às questões deste questionário podem ser utilizadas para calcular a pontuação global de (in)dependência, o risco de falha na prestação de autocuidados, o risco de quedas e a escala geriátrica de depressão. No que concerne à pontuação de (in)dependência, a mesma foi obtida somando as necessidades de apoio nas atividades da vida diária de cada participante, onde cada atividade tem um peso diferente, apresentando uma escala de 0 a 100, em que pontuações mais elevadas significam níveis de necessidade de apoio mais elevados. A avaliação do Risco de Falha do Cuidado englobou doze perguntas, a cada resposta afirmativa foi atribuído um ponto numa escala de zero a doze, quanto maior o total de pontos, maior o risco de rutura nos cuidados e na admissão hospitalar. Através da Escala Geriátrica de Depressão, calculada a partir de quatro perguntas e a que cada resposta afirmativa foi atribuída um ponto. Uma pontuação total de um ponto ou mais indica risco de depressão e igual a zero indica sem risco de depressão. O risco de queda e/ou lesões provocadas por quedas foi calculado a partir da escala de Risco de Quedas, considerando oito perguntas e a cada resposta afirmativa foi atribuído um ponto. Numa escala de zero a oito, o somatório de três ou mais pontos indica elevado risco de quedas. Recorreu-se ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão XXI, para registo e tratamento dos dados. Por indicação dos autores da tradução e validação do *Easy-Care* para a população portuguesa, também foi assegurada a base de dados em *Excel®*. Para estudar as relações entre as variáveis recorreram-se aos seguintes testes: test t, qui-quadrado, qui-quadrado com correção de Yates, teste exato de Fisher e teste de Mann-Whitney, sendo que o nível de significância adotado foi de 5%. Os aspetos éticos da pesquisa foram respeitados conforme as diretrizes da Declaração de Helsínquia relativas à pesquisa em seres humanos.

Análise de resultados e discussão

Considerando os critérios de exclusão acima descritos, a população inquirida foram 233 idosos, sendo que destes 189 idosos reuniram condições cognitivas para aplicação do questionário *Easy-care*. Estes resultados são consentâneos com o declínio das funções mentais que ocorre com o avanço da idade. Dos inquiridos, 60,1% idosos são do sexo feminino e 39,9% idosos são do sexo masculino, coincidindo com a distribuição demográfica a nível nacional. A média de idades situa-se nos 75,11 anos (com valores a oscilar entre 65 e 98). Em relação ao

estado civil, 68,4% são casados ou em união de facto e 94,3% possuem 1 a 4 anos de educação formal, o que implica uma adequação das estratégias de educação para a saúde. No presente estudo, 78% das pessoas idosas vivem acompanhadas com familiares, sendo estes o principal suporte em situações de emergência ou doença (98,4%), apresentando baixos níveis de dependência (92,3%). Verifica-se, nesta comunidade, um grande suporte familiar às pessoas idosas, constituindo-se um fator facilitador da interação social. Parece manter-se, pois, a tradição de ajuda entre pais e filhos, sendo estes últimos “uns ajudantes naturais”, representando recursos preciosos para os sistemas de saúde (Berger e Poirier 1995). Entre as patologias mais referenciadas constam as do aparelho circulatório (50,2%). Este valor vai de encontro ao evidenciado na região Norte de Portugal, em que as doenças cerebrovasculares são as que mais contribuem para o total de DALY (ano de vida, saudável perdido), situando-se na primeira linha de doenças com maior carga global de doença nos grupos etários de 45 a 69 anos e 70 ou mais anos em ambos os sexos, bem como as doenças cardíacas (Machado et al. 2011). Relacionado com as patologias crónicas, surge o uso de um ou mais medicamentos, e de forma prolongada (DGS 2008). Verifica-se que 64,1% dos idosos toma diariamente quatro ou mais medicamentos, enquadrando-se no contexto de polimedicação. Outros estudos tem vindo a relacionar a polimedicação com o aumento significativo de quedas e admissões hospitalares, aspetos estes considerados na avaliação do risco de falha do cuidado (DGS 2008). No que concerne ao risco de falha do cuidado, 69,8% dos inquiridos apresenta valores compreendidos entre um e três, sendo que a média é de 2,7, com um σ 2,1.

No presente estudo verifica-se uma relação significativa entre a polimedicação e o risco de falha do cuidado ($p=0,000$; teste Mann-Whitney), sendo que existem 22,4% de idosos polimedificados e apenas 7,3% não polimedificados. Na perspetiva de obtenção de melhores resultados em saúde, deve encontrar-se um equilíbrio entre a medicação necessária segura e a prevenção de efeitos adversos (Roehl, Talati e Parks 2006). Cerca de 42,2% dos idosos referiram uma ou mais quedas no último ano. Comparando com os dados apresentados no relatório ADELIA, em 2008, do total de acidentes ocorridos em idosos, 92,3% das admissões hospitalares deveram-se a quedas (DGS s/d). A obtenção destes resultados assume uma grande importância dado que os dados disponíveis em Portugal apenas se remetem às situações em que as quedas originaram admissões hospitalares. Neste aspeto será importante a implementação de um sistema de monitorização de quedas que não se centre unicamente a nível hospitalar. Ainda relacionado com o risco de queda é importante referir que existe uma relação estatisticamente significativa com o nível de (in)dependência ($p=0,000$, teste mann-whitney) e com o sexo ($p=0,004$, teste qui-quadrado corrigido), sendo que este risco é maior nas mulheres. Uma das justificações que pode corroborar estes resultados relaciona-se com o baixo valor médio para a pontuação de (in)dependência dos idosos inquiridos, que se situa em 7,7 pontos. Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004), constataram a existência de fatores associados às quedas, sendo eles: idade superior a 80 anos (48%), sexo feminino (66%), presença de doenças crónicas como as de origem neurológica (14%) e cardíaca (10%). Segundo Pereira, Miguel e Fernandes (2011) é elevada a proporção de idosos dependentes e semi-dependentes, assim como aqueles que possuem algum grau de dificuldade de realização das atividades básicas de vida, associada ao aumento do risco de queda. Na análise do risco de depressão verifica-se que existem associações estatisticamente significativas com as variáveis: sexo ($p=0,008$, teste qui-quadrado corrigido), rendimento ($p=0,020$, teste qui-quadrado), visão ($p=0,015$ teste qui-quadrado

corrigido), comunicação ($p=0,037$, teste de Fisher), percepção de saúde ($p=0,000$, teste qui-quadrado) e o nível de (in)dependência ($p=0,000$, teste Mann-Whitney). Dos inquiridos 31,9% apresenta risco de depressão, sendo que poderemos considerar a situação económica, o nível de independência, o sexo e a visão e comunicação como fatores determinantes para este risco. O rendimento é percecionado pelos idosos como suficiente (91,4%), ainda que seja considerado à justa pela maioria dos idosos (68,8%). No entanto, verifica-se a relação dos rendimentos dos idosos com o risco de depressão ($p=0,020$, teste qui-quadrado), o que vai de encontro ao que o estudo de Vaz e Gaspar (2011), no qual a depressão está, de forma significativa, associada a idosos com baixos recursos financeiros, dificultando os contatos sociais e impedindo o acesso a melhores condições de vida e de saúde, contribuindo assim para o aparecimento de quadros depressivos. Comparando, os casos ocorridos e esperados do risco de depressão com o sexo, verifica-se que as mulheres apresentam uma maior probabilidade de risco de depressão, o que vai de encontro ao apresentado por Sousa et al. (2010), salvaguardando, ainda, que fatores biológicos, psicossociais e metodológicos podem contribuir para esse fenómeno. Relativamente aos aspetos relacionados com a visão e comunicação podem condicionar uma solidão considerável, afetando indubitavelmente a saúde mental da pessoa idosa, dado que associados a estes surgem dificuldades de relacionamento, locomoção, levando a pessoa idosa à perda da sua identidade e motivações, surgindo a privação do convívio com os amigos, a ausência de responsabilidades profissionais e projetos, associados a sentimentos relacionados com o vazio, a restrições do espaço físico, social e psicológico (Almeida 2006).

No que diz respeito à pontuação de (in)dependência da pessoa idosa, esta encontra-se associada a um maior risco de depressão, o que vai de encontro aos estudos de Drago e Martins (2012), em que se verificou uma relação entre o nível de independência nas atividades de vida diárias e a depressão, com alto nível de significância, comprovando que os idosos independentes são os que se encontram menos depressivos. Por outro lado, Vaz e Gaspar (2011), corroboram que a dificuldade em satisfazer as atividades de vida diárias é apontada como fator de risco para a depressão sendo que um ambiente que proporcione estímulos e atividade pode ajudar a impedir ou atrasar o desenvolvimento de apatia e de imobilidade. No seguimento do que vem sendo descrito o risco de depressão associa-se com a percepção de saúde, pois segundo Fragoeiro (2008), a probabilidade da saúde mental ser mais negativa é superior nas mulheres, nos idosos com redes sociais muito limitadas e nos que percecionam a saúde própria como razoável ou pior. Ainda, neste estudo, verifica-se que 12,2% dos idosos inquiridos, percecionam o estado de saúde como fraco e 51,3% como razoável. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (2009), cerca de 41,2% dos residentes em Portugal continental com 65 anos ou mais consideram o seu estado de saúde como mau ou muito mau. Neste estudo, uma das explicações para o verificado, poderá relacionar-se com a baixa escolaridade (94,3 % das pessoas idosas inquiridas não tem mais do que o 4.º ano de escolaridade), na medida em que esta pode limitar o acesso dos idosos a informações escritas, que comprometem o seu nível de entendimento e as suas percepções, relativamente ao seu estado de saúde (Farias e Santos 2012). Salienta-se, ainda, que a presença de doença crónica e as consequentes incapacidades podem alterar o equilíbrio destes processos adaptativos, surgindo como o determinante mais forte de uma má autopercepção de saúde entre os idosos (Campolina, Diniz e Ciconelli 2011). Neste contexto rural, observa-se ainda, que 92,0% dos inquiridos referem estar satisfeitos com a sua vida e 91,5% sente-se feliz a maior parte do tempo. O bem-estar e os aspetos rela-

cionados com a satisfação com a vida revelam um processo de adaptação capaz de fazer face às influências exteriores e às situações do ambiente onde se insere a pessoa idosa (Berger e Poirier 1995). Desta forma, as incapacidades físicas para a satisfação das atividades de vida diárias e a percepção de saúde mais negativa emergem como fatores significativos para a pior saúde mental (Fragoero 2008).

Conclusões

No processo de envelhecimento interagem determinantes internos como o património genético, e determinantes externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente em que o idoso vive (Figueiredo 2007). Assim, podemos ver o envelhecimento como uma experiência subjetiva, pois está profundamente relacionado com as vivências de cada sujeito e também com as crenças e as práticas associadas à velhice.

No estudo desenvolvido, pôde-se verificar uma forte relação significativa entre o risco de depressão e a percepção de saúde, assim como a relação entre o risco de depressão e o sexo. Evidenciou-se, ainda, que o risco de quedas está associado ao sexo e ao nível de independência.

No que concerne a relações estatisticamente significativas, distinguiram-se as seguintes associações: risco de depressão com rendimento, visão, comunicação e nível de (in)dependência. Constata-se ainda, uma associação entre a polimedicação e o risco de falha do cuidado.

Uma limitação desta pesquisa assenta no facto de não ser possível avaliar a percepção de saúde das pessoas idosas com diminuição cognitiva moderada a grave. Outra limitação prende-se com o facto de a história clínica ser baseada nas percepções dos idosos, sem oportunidade de cruzamento da informação clínica do processo clínico.

Pode dizer-se que o desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros especialistas em saúde comunitária, passa pelo desenvolvimento de medidas favoráveis à adoção de políticas e programas promotores da saúde e bem-estar, mobilizando as equipas multiprofissionais para estratégias que atendam todos os aspetos e determinantes das políticas de envelhecimento ativo. A promoção da saúde deve colocar ênfase especial no empoderamento e na cooperação intersectorial, mobilizando os diferentes recursos existentes na comunidade, através das parcerias em saúde e redes de suporte social, para dar resposta às necessidades de saúde da população idosa, focalizada na evolução da competência e capacidade funcional dos idosos, tendo em conta as influências sócioeconómicas e ambientais (Rocha 2007). Neste sentido, um dos contributos poderá passar por intervenção de promoção de melhores níveis de literacia em saúde das pessoas idosas em Portugal assumindo-se como estratégia incontornável para uma melhor saúde e para uma utilização mais racional dos cuidados de saúde, a uma diminuição dos comportamentos de risco em saúde e, consequentemente, a uma diminuição dos gastos em saúde (OPSS 2012).

Referências bibliográficas

ALMEIDA L.B. *A idade não perdoa?*. Lisboa: Gradiva, 2006.

BERGER, L. e POIRIER, D. *Pessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

CAMPOLINA, A.G., DINIZ, O.S. e CICONELLI, R.M. Impacto da doença crónica na qualidade de vida de idosos da comunidade em S. Paulo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2011, **16**(6), 2919-2925.

DIAS, J. A. et al. Ser idoso e o processo do envelhecimento: Saúde percebida. Escola Anna Nery. 2011 [Consult. 2013 27 abril]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000200021&script=s-ci_arttext

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Lisboa: DGS, s/d.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Problemas relacionados com o idoso*. Lisboa: DGS, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2008.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS, 2004.

DRAGO, S. e MARTINS, R. A depressão no idoso. *Millenium*. 2012, **43**, 79-94.

FABRÍCIO, S., RODRIGUES, R. e COSTA, M. J. Causas e consequências de quedas em idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*. 2004, **38**(1), 93-99.

FARIAS, R. e SANTOS, S. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enfermagem*. 2012, **21**(1), 167-76.

FIGUEIREDO, D. e SOUSA, L. *Guia de utilização do EASYcare, alguns aspectos fundamentais a considerar*. [Documento policopiado elaborado no âmbito do Projecto GATT – Geriatric Assessment Technological Training]. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000.

FIGUEIREDO, L. *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

FRAGOEIRO, I. *A saúde mental das pessoas idosas na região autónoma da Madeira*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2008.

GEORGE, J.B. Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GUDEA M. A. et al. Relação do bem-estar subjectivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 2006, **19**, 301-308.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *As gerações mais idosas*. Lisboa: INE, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: INE, 2009. [Consult. 2013 27 abril]. Disponível em: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y

MACHADO, V. et al. *Carga global da doença na região Norte de Portugal*. Porto: ARS Norte, 2011.

MELEIS, A. *Theoretical nursing development & progress*. 5ª ed. Philadelphia: Lip. Williams & Wilkins, 2012.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE [OPSS]. *Relatório de primavera 2012: Crise e saúde, um país em sofrimento*. Lisboa: OPSS, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Universidade de Évora, 2012.

PEREIRA F., MIGUEL T. e FERNANDES A. Factores, riscos e consequência de quedas em idosos institucionalizados. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança, 2011 [consultado 27 abril 2013]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3951/3/Artigo%20Quedas%20Vers%C3%A3o%20RTG4.pdf>

ROCHA, A. *O autoconceito dos idosos*. Tese de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2007.

ROEHL, B., TALATI, A. e PARKS, S. Medication prescribing for older adults. *Annals of long-term care. Clinical Care and Aging*. 2006, **14**(6), 33-39 [consultado 27 abril 2013]. Disponível em: <http://www.annalsoflongterm-care.com/attachments/5779.pdf>

SOUSA, M. et al. Depressão em idosos: Prevalência e factores associados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2010, **26**, 384-391.

VAZ, S. e GASPAR, N. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, **III**(4), 49-58.

► O conceito de dignidade nas pessoas idosas: uma revisão de literatura

Sónia Novais

Doutoranda do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Assistente convidada na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila do Conde.

Contacto: snovais@gmail.com

Resumo

Introdução: O respeito pela dignidade humana é um dos valores fundamentais da prática de Enfermagem. Na criação da rede de cuidados continuados existiu, igualmente, a preocupação de garantir o direito à dignidade da pessoa em situação de dependência. Sendo a dignidade humana um conceito abstrato e por vezes ambíguo, interessa-nos perceber qual é o significado e a importância que os idosos lhe atribuem. **Metodologia:** Utilizou-se a metodologia de revisão integrativa. Os artigos obtidos foram sistematicamente pesquisados electronicamente em bases de dados. **Resultados:** Na primeira fase de pesquisa obtivemos oitenta e quatro artigos. Da análise dos resumos e da leitura mais aprofundada de alguns artigos seleccionamos sete artigos. Os estudos realizados sobre o tema da dignidade adoptam, maioritariamente uma metodologia qualitativa de abordagem. **Discussão:** Embora realizados em países diferentes, existiu uma coerência nos resultados obtidos. Pode-se explicar esta coincidência pelo facto de apenas termos obtido estudos realizados no continente europeu. Isto reflecte a posição teórica dos bioeticistas, uma vez que é na bioética continental que este tema se tem desenvolvido com maior impacto e relevância. **Conclusão:** Foi possível perceber que o respeito pela dignidade é um dos fatores mais importantes na satisfação pelos cuidados recebidos referido pelos idosos.

Palavras-chave: Dignidade humana; respeito; idosos.

Abstract

Introduction: Respect for human dignity is one of the core values of nursing practice. In the creation of continuous care network also existed a concern to ensure the right to human dignity in situations of dependency. Being human dignity an abstract and often ambiguous concept, interests us realize what is the meaning and the importance that older people give it. **Methodology:** We used the methodology of integrative review. The articles obtained were systematically searched electronically in databases. **Results:** In the first phase of research were eighty-four articles. Analysis of summaries and further reading some articles we selec-

ted seven articles. The studies conducted on the topic of dignity adopt mostly a qualitative methodological approach. **Discussion:** Although performed in different countries, there was a consistency in the results obtained. One can explain this coincidence because we obtained only studies in Europe. This reflects the theoretical position of bioethicists, since it is in mainland bioethics that this issue has developed with greater impact and relevance. **Conclusion:** It could be observed that respect for dignity is one of the most important factors in satisfaction with the care received by the elderly.

Keywords: Human Dignity; respect; elderly.

Introdução

O envelhecimento não é um evento, mas um processo sem data de início precisa, feito de perdas e alguns ganhos que se prolonga no tempo e que conduz as pessoas idosas, na maioria das vezes, ao contacto com os profissionais de Enfermagem (Schumacher, Jones e Meleis 1999, p. 1). Devido às múltiplas transições que atravessa a pessoa idosa encontra-se mais vulnerável do que outras, pelo que corre um risco maior de se sentir despersonalizada e com a sensação de perda do respeito pela sua dignidade no momento em que recorre a cuidados de saúde.

O conceito de dignidade humana é um conceito evolutivo e dinâmico que tem assumido um papel cada vez mais abrangente no âmbito dos direitos humanos, da bioética e da saúde. Assim são estipuladas acções que promovem e protegem a dignidade, enquanto outras são violadoras destes direitos e deste modo diminuem a dignidade das pessoas.

Para além de ser um conceito filosófico, a dignidade é igualmente um conceito ético, porque nos permite validar um comportamento ou raciocínio, fazendo prova crítica de determinados valores e comportamentos. É na bioética continental que este conceito se tem tornado mais popular. Entendida como um atributo ontológico, a dignidade é constitutiva do sujeito, faz parte do seu ser e define-o enquanto pessoa. Porém, entendida como o modo como sou olhado por o outro, a dignidade indica-nos um modo de ver a pessoa como digna de respeito. Deste modo, a fundamentação da dignidade não assenta em princípios racionais, mas na experiência vivida, na forma como o outro me vê. É desta tensão que se constitui a dignidade humana e a identidade da pessoa, daquilo que a pessoa é e daquilo que os outros vêem, criando uma tensão entre dignidade ontológica e dignidade ética (Andorno 1998, p. 57). Porém, tal como nos refere a reflexão ética sobre a dignidade humana do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), a dignidade humana é um valor que supera a estrutura biológica do indivíduo, pelo que o envelhecimento e a dependência não podem ser entendidos como factores que diminuem a dignidade da pessoa (CNECV 1999, p. 21).

Este trabalho pretende explorar o significado que os idosos atribuem ao respeito pela sua dignidade, uma vez que pela sua situação de transição e dependência são mais vulneráveis.

Metodologia

Artigos de revistas de Enfermagem e outras áreas científicas foram sistematicamente pesquisados electronicamente na Biblioteca do Conhecimento Online (b ON), na EBSCO Host, que aloja diversos pacotes científicos, entre eles a CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e a MEDLINE, e foi igualmente utilizada a base de dados ISI Web of Science.

Utilizamos como equação de pesquisa, as seguintes palavras-chave: *Dignity AND Dignity Care AND older people OR Elder OR Elderly*.

Critérios de inclusão: apenas foram incluídos estudos empíricos, quer quantitativos quer qualitativos, em língua inglesa ou do domínio dos autores, que na sua população incluíssem apenas pessoas idosas, e que tivessem sido realizados em contexto institucional (hospitalar ou lar) ou que fossem realizados com idosos na sua residência. Limitamos a pesquisa a estudos posteriores a 1990.

Critérios de exclusão: excluíram-se artigos de revisão, cartas editoriais, artigos de opinião e comentários a artigos. Foram também excluídos estudos realizados a adultos e que na amostra não incluíssem exclusivamente idosos. Excluíram-se artigos que abordavam o conceito de dignidade na perspectiva dos profissionais ou dos familiares. Excluímos igualmente artigos que não obtivemos na versão de texto integral.

Na primeira fase de pesquisa obtivemos oitenta e quatro artigos. Da análise dos resumos e da leitura mais aprofundada de alguns artigos seleccionamos oito artigos, um dos quais acabou por ser eliminado uma vez que se referia a um mesmo estudo de investigação, mas estava publicado num artigo diferente.

Análise dos Resultados

Os sete artigos seleccionados enquadram-se nos nossos critérios de inclusão, e que estão identificados no quadro síntese apresentado em seguida.

Referência	País	Desenho	Objetivos	Participantes
Öhlander 2009	Suécia	Qualitativo, realizando trabalho de campo etnográfico e narrando situações tipo	Identificar se a percepção da dignidade depende de valores culturais específicos e de que forma esses valores se encontram expressos na vida diária de um lar de terceira idade com pessoas portadoras de demência	6 Senhoras idosas portadoras de demência
Tadd e Calnan 2009	Reino Unido; Espanha; França; Suécia; Eslovénia; Irlanda	Qualitativo, com utilização de grupos focais e entrevistas individuais	Explorar o significado, crenças e valores acerca da dignidade na perspectiva da pessoa idosa	391 Idosos dos diferentes países participantes
Magee, Parsons e Askham 2008	Reino Unido	Qualitativo, com utilização de grupos focais e entrevistas individuais	Explorar as diferentes perspectivas dos idosos e cuidadores em relação aos domínios do programa Dignidade dos Idosos e avaliar a dignidade dos cuidados	34 Idosos residentes em lares do Reino Unido
Mangset, Dahl, Forde e Wyller 2008	Noruega	Qualitativo, com aplicação de entrevistas semi-estruturadas	Identificar os fatores que contribuem para a satisfação dos doentes idosos com a reabilitação após um acidente vascular cerebral (AVC)	12 Idosos em reabilitação após AVC
Pleschberger 2007	Alemanha	Qualitativo, utilizando o modelo de Grounded Theory, com recurso a entrevistas semi-estruturadas e a grupos focais	Explorar o significado de dignidade no fim de vida, em pessoas idosas	20 Idosos residentes em lares de terceira idade
Calnan, Badcott e Woolhead 2006	Reino Unido	Qualitativo, com utilização de grupos focais	Explorar o significado de dignidade em pessoas idosas	72 Idosos
Franklin, Ternstedt e Nordenfelt 2006	Suécia	Qualitativo com aplicação de entrevistas semi-estruturadas	Perceber o impacto do envelhecimento no conceito de dignidade das pessoas idosas	12 Idosos residentes em lares

Discussão dos resultados

O estudo realizado por Öhlander (2009) pretendeu compreender de que forma as pessoas idosas com demência, internadas num lar percebem o respeito pela sua dignidade. Esta autora conclui que facilmente a dignidade destas pessoas pode ser colocada em risco, uma vez que a sua autonomia e a integridade do Eu, bem como o sentido de coerência, se perdem. Na sua observação, ela apercebe-se que os profissionais deste lar tentam mantê-las socialmente activas, celebrando os aniversários e as festas tradicionais, bem como as festas culturais (Öhlander 2009, p. 95). São entregues pequenas tarefas às idosas para as manter fisicamente activas e que reproduzem a sensação de vida diária e quotidiana, e que transmite a sensação de normalidade (Öhlander 2009, p. 94). Na perspectiva desta autora, e pelos dados recolhidos no seu estudo, a dignidade é percebida pela sociedade enquanto capacidade de autonomia na tomada de decisão e consciência de si, enquanto pessoa, algo que estas idosas não conseguem ter (Öhlander 2009, p. 96). Embora nas pessoas que sofrem de demência estas características não estejam presentes na totalidade, é dever dos cuidadores promovê-las, através do respeito pela sua individualidade e da tentativa de manutenção das atividades quotidianas, algo que acontece no lar estudado (Öhlander 2009, p. 97).

O artigo escrito por Tadd e Calnan (2009) sumariza os aspectos principais de um estudo da Comissão Europeia denominado *Dignity in Older Europeans* (DOE), e que envolveu enfermeiros, filósofos, psicólogos, médicos e organizações não governamentais. Este estudo pretendeu criar iniciativas que assegurassem a dignidade nos cuidados de saúde a pessoas idosas. Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que permitiu a clarificação dos diferentes conceitos e a elaboração de um modelo ideal de dignidade. Posteriormente, foram seleccionados trezentos e noventa e um idosos dos diferentes países participantes que foram divididos em grupos focais. A maioria destes idosos eram mulheres e que tinham como principal ocupação cuidar de outros idosos (Tadd e Calnan 2009, p. 123). Numa terceira fase, foram criados grupos focais com profissionais ligados aos cuidados a idosos, com o objectivo de criar programas de promoção da dignidade dos idosos e programas de formação a outros profissionais sobre políticas e cuidados promotores da dignidade.

De acordo com os idosos participantes a dignidade é percebida através de ações que promovam o *empowerment*, da cortesia e da satisfação das necessidades individuais (Tadd e Calnan 2009, p. 138). São identificados como diminuindo a dignidade comportamentos focados nas rotinas, ou que tornem as pessoas invisíveis, bem como, aspectos particulares dos sistemas de cuidados de cada país, dos quais destacamos, a falta de recursos humanos e o aumento da carga de trabalho, a falta de recursos materiais, a gestão centrada nos lucros e não na pessoa cuidada, e a falta de conhecimentos acerca de cuidados que promovam a dignidade. Apesar da dificuldade em definir o conceito de dignidade, todos os participantes foram consistentes nos argumentos utilizados, referindo-se a aspectos da dignidade que estão para além da identificação com a autonomia da decisão. Para os idosos é importante o reconhecimento da sua dignidade pela sociedade, relacionado com o impacto na sua auto-estima e nas políticas sociais (Tadd e Calnan 2009, p. 139).

Uma das principais percepções que os idosos têm, em contextos de cuidados de saúde, do desrespeito pela sua dignidade é o facto de serem ignorados ou tratados como objetos, expresso pelo não reconhecimento do seu direito à privacidade e pelo tratamento humilhante quando

têm comportamentos menos adequados. Uma outra situação semelhante refere-se ao modo como os profissionais se dirigem às pessoas idosas. Para os idosos dos diferentes grupos focais a utilização de diminutivos ou de expressões como “amor” ou “querida” é agressivo para a sua identidade e dignidade, embora sintam que este tipo de tratamento é utilizado com o intuito de ser simpático e não com o objetivo de humilhar a pessoa (Tadd e Calnan 2009, p. 140). Existe porém um dado que para os autores do estudo é preocupante, o facto de um grande número de idosos identificar as situações de dependência, nomeadamente no autocuidado, como uma situação que pode diminuir a sua dignidade (Tadd e Calnan 2009).

O estudo realizado por Magee, Parsons e Askham (2008) avalia as dimensões da dignidade que devem ser promovidas através do programa *Help the Aged* e que tem como objectivo diminuir os casos de desrespeito pela dignidade dos idosos em contextos de cuidados de saúde. Os idosos referiram como dimensões mais importantes, a higiene pessoal, a alimentação e a comunicação, bem como a autonomia e a inclusão social. Foram identificados como domínios do respeito pela dignidade: o cuidado com o corpo e higiene pessoal, as atitudes dos profissionais e a comunicação, o respeito pelas refeições e pelos diferentes aspectos da nutrição, a privacidade, o controlo da dor e do sofrimento, o equilíbrio entre autonomia na decisão e dependência funcional, os cuidados em fim-de-vida e a inclusão social (Magee, Parsons e Askham 2008).

Do artigo de Mangset, Dahl, Forde e Willer (2008) emergiu como principal e única categoria de análise “ser tratado com respeito e dignidade” (Mangset, Dahl, Forde e Wyller 2008, p. 828). Como subcategorias que justificam a categoria emergiram da análise das entrevistas e da descrição dos doentes acerca do processo de cuidados diários e do seu processo de reabilitação: “ser tratado com humanidade”, “ser reconhecido como um indivíduo”, “ter a sua autonomia respeitada”, “sentir confiança e responsabilidade dos profissionais”, “estabelecer diálogo e troca de informações com os profissionais” (Mangset, Dahl, Forde e Wyller 2008, p. 828). Este estudo conclui que a sensação de vulnerabilidade e dependência que as pessoas idosas têm após um enfarte agudo do miocárdio relaciona-se com a sua necessidade de ser tratado com respeito pela sua dignidade.

Numa perspectiva de manutenção da dignidade em fim-de-vida, Pleschberger (2007) procura compreender qual o significado que os idosos, residentes em lares na Alemanha, atribuem à dignidade. Embora os idosos não têm referido em discurso directo o significado de dignidade, foi possível para a autora, pela análise das entrevistas, estabelecer uma distinção entre a dignidade pessoal, que estes idosos identificam com a sua identidade e o seu corpo, e uma dignidade social que se relaciona com o modo como são apreciados pelos outros (Pleschberger 2007, p. 199). Para estes idosos, tal como verificado nos estudos anteriores, a perda da sua autonomia funcional é considerada como um dos riscos para a sensação de perda da dignidade. Em relação ao seu entendimento sobre a dignidade no processo de morte, os idosos referem que uma morte digna é aquela que os permite serem ativos até ao fim, em que existe um respeito pela sua vontade e não é prolongado o processo de morte, a ausência de dor ou sofrimento, bem como a presença das pessoas significativas no momento (Pleschberger 2007, p. 200).

O artigo de Calnan, Badcott e Woolhead (2006) resume os resultados do Reino Unido do projeto DOE. Este estudo confirma essas preocupações das organizações estatais, e as conclusões vão ao encontro dos resultados obtidos nos estudos anteriormente referidos. De modo que,

a dignidade é discutida pelos participantes nos diferentes grupos focais não na sua essência, mas em situações de risco de ausência ou desrespeito (Calnan, Badcott e Woolhead 2006, p. 371). Sendo enfatizado o contexto de provisão de cuidados de saúde, os idosos expressam a necessidade de preservar a sua dignidade através da manutenção da sua autonomia funcional, conjugada com o facto de não se sentirem um fardo para os outros (Calnan, Badcott e Woolhead 2006, p. 372). As questões relacionadas com a privacidade e respeito da sua individualidade são igualmente salientadas pelos participantes (Calnan, Badcott e Woolhead 2006, p. 372). Uma das questões levantadas por estes investigadores prende-se com o modelo de gestão das unidades prestadores de cuidados, que privilegiam a execução de tarefas e a diminuição de custos com a admissão de recursos humanos, ao contrário dos idosos que necessitam de profissionais treinados e com conhecimentos sobre o processo de envelhecimento, atentos às suas necessidades e ao tempo adequado para a sua satisfação (Calnan, Badcott e Woolhead 2006, p. 373).

O estudo de Franklin, Ternestedt e Nordenfelt (2006) realizado em dois lares de terceira idade na Noruega tem como objectivo perceber o impacto do envelhecimento no seu conceito de dignidade (Franklin, Ternestedt e Nordenfelt 2006, p. 134). Como principais categorias de análise das entrevistas realizadas, os autores definiram: “o corpo irreconhecível”, “a dependência e a fragilidade”, “força interior e o sentido de coerência” (Franklin, Ternestedt e Nordenfelt 2006, p. 137). A primeira categoria prende-se com a sensação de perda de autonomia corporal, nomeadamente a perda de controlo sobre o seu corpo, com principal relevância para as questões relacionadas com a eliminação e incontinência (Franklin, Ternestedt e Nordenfelt 2006, p. 138). A segunda categoria relaciona-se com as expectativas negativas que os idosos têm acerca do seu futuro, nomeadamente com a percepção de um progressivo aumento da sua situação de dependência e vulnerabilidade ao ficarem expostos aos cuidados de outros, uma vez que para eles as organizações não têm em consideração a satisfação das suas necessidades individuais (Franklin, Ternestedt e Nordenfelt 2006, p. 139). A terceira categoria relaciona-se com o tema da solidão. Para estes idosos, embora residam numa comunidade e tenham pessoas que cuidam deles, não existe uma relação emocional entre elas. Deste modo, os idosos sentem-se sozinhos, longe da sua família e pessoas significativas e isso é gerador de um vazio de significado na sua vida (Franklin, Ternestedt e Nordenfelt 2006, p. 140). É pela ligação com a família, seja através de visitas frequentes, telefonemas, ou até mesmo de fotografias, que os idosos têm um reforço do seu sentido de vida (Franklin, Ternestedt e Nordenfelt 2006, p. 140).

Embora realizados em países diferentes, existiu uma coerência nos resultados obtidos pelos diferentes estudos. Pode-se explicar esta coincidência pelo facto de apenas termos obtido estudos realizados no continente europeu, porém nos abstracts lidos nenhum dos estudos realizados se tinha efectuado fora da Europa. É de notar que o conceito de dignidade é muito importante para todos os participantes, mesmo quando o estudo não se referia particularmente a este tema. Foi possível perceber que o respeito pela dignidade é um dos fatores mais importantes na satisfação pelos cuidados recebidos referido pelos idosos (Mangset, Dahl, Forde e Wyller 2008).

Um dos aspetos que mais se salientou em todos os estudos foi a relação estabelecida entre a dependência, identificada com a perda da autonomia funcional, e o risco de perda ou des-

respeito da dignidade. Associado a este aumento do nível de dependência acresce o medo dos idosos de terem necessidade de serem institucionalizados. Na nossa opinião este medo, que o idoso apresenta, relaciona-se com um outro aspeto salientado também pelos diversos estudos, e que se relaciona com a forma como os serviços que prestam cuidados aos idosos se encontram organizados e na forma como são geridos. É dada uma clara ênfase ao controlo com os custos, quer materiais quer de recursos humanos, o que não é compatível com as necessidades de cuidados dos idosos.

A dependência no autocuidado é um dos fatores apontados pelos idosos como um dos motivos para a perda da sua privacidade e dignidade. Ser cuidado por alguém que não conhecem, ou por alguém jovem ou do sexo oposto, nomeadamente no momento da higiene e do banho é algo perturbador para os idosos. A atitude dos profissionais perante situações de incontinência é também determinante no sentimento de respeito pela dignidade apontado pelos diversos estudos. Deste modo é importante que os enfermeiros que trabalham com pessoas idosas sejam sensíveis e conheçam as perdas que caracterizam o processo de envelhecimento, sendo capazes de ajudá-las nesse processo complexo de transição.

Para sentirem que mantêm a sua identidade e a sua vida emocional preservada, os idosos necessitam de ter as pessoas significativas próximas, algo que lhes é negado quando a institucionalização ocorre longe do seu seio familiar. A forma como a nossa sociedade vive a morte impede igualmente a presença e a integração da família nesse processo. Porém, nos estudos que abordaram este tema, foi considerado importante, por parte dos participantes, o envolvimento e presença da família nesse momento final.

A perspetiva relatada pelos idosos do respeito pela dignidade relaciona-se com a noção ética de dignidade, isto é da forma como são olhados e apreciados pelos outros. Deste modo os idosos não querem ser vistos como um «fardo» ou como a «avozinha» ou «avozinho», querem continuar a ser valorizados como pessoas e com poder de decisão acerca de matérias que lhes dizem respeito. É importante a manutenção da sua identidade pessoal e da sua capacidade de tomada de decisão, mesmo em idosos com demência, através da criação de um ambiente de normalidade e de pequenas rotinas que os estimulem cognitivamente e que lhes permitam manter a sensação de integridade do seu Eu.

Foi importante encontrar estudos realizados em diferentes contextos, com idosos que vivem em sua casa, ou que frequentam universidades sêniores e idosos que vivem em instituições, bem como idosos hospitalizados, uma vez que as suas expectativas acerca da manutenção da dignidade não são muito diferentes apesar da diferença das suas realidades.

Conclusão

Desde o início da nossa pesquisa que foi possível reconhecer que os estudos realizados sobre o tema da dignidade adotam uma metodologia qualitativa de abordagem.

A escolha deste tema para a realização deste artigo derivou formação em Bioética dos autores. Porém, a pesquisa e a análise dos artigos encontrados tornou-se um desafio pela necessidade de ser sintético e abordar os aspetos fundamentais da dignidade e perceção do respeito pela dignidade nos idosos. Deste modo, foram eliminados estudos onde a população era constituída quer por idosos quer por doentes adultos, bem como estudos sobre o significado da digni-

dade para profissionais e familiares dos idosos, o que limitou a análise crítica dos resultados e uma abordagem fenomenológica do conceito.

Em termos de investigação não foi possível encontrar qualquer estudo realizado sobre este tema no nosso país. Tendo em consideração as perspetivas de evolução demográfica de Portugal, consideramos urgente a elaboração de estudos acerca do significado da dignidade e da sua preservação nos cuidados de saúde na nossa população. Aliás, sendo Portugal um país europeu, membro da Comissão Europeia, não conseguimos perceber porquê não participou no projeto DOE.

Entendemos que a dignidade é um valor intrínseco à pessoa e é uma das características fundamentais da sua definição e identidade. É sentida como um atributo subjetivo do sujeito e manifesta-se pelos comportamentos de demonstração de respeito pelo outro. Entendemos igualmente que quanto maior é a vulnerabilidade de uma pessoa maior é o risco de desrespeito pela sua dignidade. Assim, promover a dignidade dos idosos obriga a um compromisso de melhoria das condições sociais e de vida dos idosos, mas também a uma vontade dos Enfermeiros e outros profissionais de saúde de desenvolverem intervenções promotoras da dignidade, dando voz às suas necessidades e centralidade nos cuidados e não tentando dar resposta a exigências de uma gestão centrada no lucro ou na execução de tarefas que transformam as pessoas idosas em meros recetores de cuidados.

Referências bibliográficas

- ANDORNO, R. *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos, 1998.
- BAYER, T., TADD, W. e KRAJCIK, S. Dignity: The voice of older people. *Quality in Ageing: Policy, practice and Research*. 2005, 6(1), 22-29.
- CALNAN, M., BADCOTT, D. e WOOLHEAD, G. Dignity under threat? A study of the experiences of older people in the United Kingdom. *International Journal of Health Services*. 2006, 36(2), 355-375.
- CNECV. *Parecer 26/CNECV/99, Reflexão ética sobre a dignidade humana*. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1999 [consultado 4 de Janeiro 2010]. Disponível em: http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/9D4875F1-511B-4E29-81B2-C6201B60AD52/0/P026_DignidadeHumana.pdf
- DIÁRIO DA REPÚBLICA. Lei Constitucional, n.º 1/2005, de 12 de Agosto, 2005 [consultado em 4 de Janeiro de 2010]. Disponível em: <http://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf>
- DIÁRIO DA REPÚBLICA. Decreto-Lei n.º 104/1998, de 21 de Abril. 1998, I Série, n.º 93, 1754-1756.
- FRANKLIN, L., TERNESTEDT, B. e NORDENFELT, L. Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics*. 2006, 13(2), 130-146.
- HALL, S., CHOCHINOV, H., HARDING, R., MURRAY, S., RICHARDSON, A. e HIGGINSON, I. A Phase II randomised controlled trial assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of dignity therapy for older people in care homes: Study protocol. *BMC Geriatrics*. 2009, 9(9), 1-8.
- KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Madrid: Edições 70, 2008.
- KIHLGREN, A. *Older patients in transition - from home care towards emergency care*, 2005 [consultado em 12 de Dezembro 2009]. Disponível em: <http://diss.kib.ki.se/2005/91-7140-271-3/thesis.pdf>
- MAGEE, H., PARSONS, S. e ASKHAM, J. *Measuring dignity in care for older people*. Picker Institute Europe, 2008 [consultado em 14 de Dezembro 2009]. Disponível em: [http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/research/measuring%20dignity%20in%20care%20\(2008\)_pro.pdf?dtrk=true](http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/research/measuring%20dignity%20in%20care%20(2008)_pro.pdf?dtrk=true)

- MANGSET, M., DAHL, T., FORDE, R. e WYLLER, T. 'We're just sick people, nothing else'.... factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 2008, **22**, 825-835.
- MCCLEMENT, S., CHOCHINOV, H., HACK, T., KRISTJANSON, M. e HARLOS, M. Dignity-conserving care: Application of research findings to practice. *International Journal of Palliative Nursing*. 2004, **10**(4), 173-179.
- MCCLEMENT, S., CHOCHINOV, M., HACK, T., HASSARD, T., KRISTJANSON, L. e HARLOS, M. Dignity therapy: Family Members Perspectives. *Journal of Palliative Medicine*. 2007, **10**(5), 1076-1082.
- ÖHLANDER, M. Dignity and dementia: An analysis of dignity of identity and dignity work in a small residential home. In: L. Nordenfelt, *Dignity in Care for Older People*, Oxford: Wiley-Blackwell, 2009, pp. 79-98.
- PLESCHBERGER, S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: The resident's view. *Age and Ageing*. 2007, **36**, 197-202.
- SCHUMACHER, K., JONES, P. e MELEIS, A. Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In: E. Swanson, T. Tripp-Reimer, *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals*, New York: Springer, 1999, pp. 1-26.
- TADD, W. e CALNAN, M. Caring for older people: Why dignity matters - the European experience. In: L. Nordenfelt, *Dignity in Care for Older People*, Oxford: Wiley-Blackwell, 2009, pp. 119-145.

► Quais as barreiras à participação de cuidadores informais de pessoas dependentes num programa psico-educacional?

Margarida Abreu¹, Alcione Silva² & Nilza Costa³

¹ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador.

² Universidade de Aveiro, Professora convidada da Secção Autónoma Ciências da Saúde.

³ Universidade de Aveiro, Professora catedrática do Departamento de Educação.

Contacto: mabreu@esenf.pt • alsilva@ua.pt • nilzacosta@ua.pt

Resumo

Introdução: Os programas psico-educacionais têm sido amplamente recomendados como estratégia para fornecer informações e apoio aos cuidadores informais de pessoas dependentes. No entanto, a literatura aponta para níveis muito baixos de participação nestes programas devido a várias barreiras. Assim, o nosso objetivo foi analisar as barreiras para a participação dos cuidadores informais de idosos dependentes num programa psico-educacional realizado numa unidade de saúde na Trofa. **Metodologia:** Estudo qualitativo realizado com 13 cuidadores informais de pessoas idosas dependentes. Como técnica de colheita de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Na análise dos dados recorremos à técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** As barreiras “situacionais” foram as mais relatadas pelos participantes (n = 9), ou seja, ter que acompanhar as pessoas dependentes a consultas médicas, a falta de tempo devido à prestação de cuidados. Dois participantes referiram barreiras “psicossociais”, ou seja, a falta de interesse em aprender e dois apontaram barreiras “informativas”, ou seja, desconheciam o horário da sessão. Os resultados deste estudo vão de encontro aos de outros estudos. **Conclusão:** Os resultados deste estudo podem ajudar os enfermeiros a identificar as barreiras para a participação das pessoas cuidadoras em programas psico-educacionais e a desenvolver estratégias específicas para eliminar essas barreiras.

Palavras-chave: Cuidador informal; programa psico-educacional; barreiras.

Abstract

Introduction: Psycho-educational programs have been widely recommended as a strategy to provide information and support to informal caregivers of dependent people. Nevertheless, the literature points to very poor levels of participation in such programs as a function of several barriers. Thus, our objective were to analyze the barriers to the participation of informal caregivers of dependent older adults in a psycho-educational program conducted at a health center in Trofa – Portugal. **Methods:** A qualitative study among 13 informal caregivers of dependents elders was conducted. A semi-structured, in-depth, face- to-face interviews as method of data collection was used. The analysis of the qualitative data was based on Bardin’s technique of content analysis. **Results:** The barriers most frequently reported by the participants (n= 9) were “situational”, i.e., having to escort the care recipients to medical visits, lack of time due to caregiving tasks. Two volunteers reported “psychosocial” barriers, i.e., lack of interest in learning, and two other volunteers reported “informational” barriers, i.e., did not know the session schedule. Several barriers related to the use of support services were reported, thus agreeing with the results of other studies. **Conclusion:** The results of this study will help nurses to understand the barriers to participation in the psycho-educational program, and to develop specific strategies to eliminate such barriers.

Keywords: Informal Caregiver; psychoeducational program; barriers.

Introdução

O envelhecimento da população apresenta implicações estruturantes, cuja principal consequência se regista na saúde. Apesar do envelhecimento ser um processo natural com o avançar da idade, aumenta a probabilidade do aparecimento de patologias (Miguel et al. 2008). Para estes autores o envelhecimento e a dependência constituem um autêntico repto para as famílias e para a política social de um país.

A redução dos custos com a assistência hospitalar e institucional é um dos motivos que faz com que, no nosso país e em muitos outros, seja indicada a permanência das pessoas idosas incapacitadas nas suas próprias casas, sob os cuidados da sua família. Silva, Galera e Moreno (2007) salientam que a atual visão dos cuidados de saúde preconiza que as pessoas idosas acometidas por uma condição crónica e com incapacidades devem ser cuidadas no ambiente onde sempre viveram e adoeceram.

Surge assim a figura do cuidador informal. Messecar (2008) considera o termo cuidador informal mais inclusivo e define-o como a ajuda fornecida por todos os prestadores de cuidados não profissionais, incluindo membros da família, amigos, vizinhos, membros de uma religião ou outro tipo de comunidade.

Em Portugal, o número de cuidadores informais tende a ultrapassar os 600 mil, embora não existam dados oficiais (Huber, Rodrigues e Hoffmann et al. 2009). Os estudos realizados entre os anos 2000 e 2010, disponíveis na base de dados do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e os dados apresentados na *Conference on Health and Dignified Ageing*, realizada em Estocolmo, em 2009, mostraram que as pessoas cuidadas são idosas e os prestadores de cuidados são cuidadores informais.

A prestação de cuidados aparece frequentemente, na literatura como tendo consequências negativas para a saúde física e emocional da pessoa que cuida (Messecar 2008). Para Messecar (2008), no mínimo os cuidadores precisam aprender a colocar-se em primeiro lugar, a gerir o stress, a socializar e a pedir ajuda.

Muitos profissionais, atualmente, acreditam ser necessário treinar os cuidadores nas áreas psicossociais e comportamentais e assisti-los nas suas necessidades (Messecar 2008; Rodriguez-Sanchez et al. 2010). Os programas psico-educacionais (PPE) têm sido amplamente recomendados como estratégia para fornecer informações e apoio aos cuidadores informais de pessoas dependentes. No entanto, a literatura aponta para níveis muito baixos de participação nestes programas devido a várias barreiras.

Josh (2009) define barreira como um obstáculo que impede ou restringe o progresso ou o acesso ao programa. Lavoie et al. (2004) classificam as barreiras à participação em programas da seguinte forma:

- Institucionais – condições socioeconómicas, financeiras e políticas que afetam as decisões das pessoas em participar. Esta categoria inclui ainda todos os aspetos relacionados com a formação (conteúdos, métodos, horário, formador, localização e ambiente);
- Psicossociais – valores e atitudes das pessoas face à aquisição de conhecimentos em geral. Integra a perceção, as crenças e os valores dos indivíduos face à educação;
- Situacionais – elementos contextuais que influenciam a pessoa no seu dia-a-dia, no seu ambiente físico e social imediato. As barreiras situacionais estão ligadas à economia, à cultura e à estrutura da família;
- Informacionais – referem-se às mensagens, aos conteúdos, aos diferentes locais onde decorre a formação, aos meios oferecidos às pessoas adultas e à imagem que projeta a informação nas pessoas cuidadas. A falta de informação pode constituir uma barreira institucional, se presumirmos que as instituições deveriam assumir a responsabilidade de oferecer a informação.

Estudos recentes revelam que as barreiras mais comuns à participação de pessoas cuidadoras informais em programas são o transporte, a falta de tempo devido à prestação de cuidados ou à atividade profissional, o estado de saúde do próprio cuidador e a falta de necessidade deste (Houtven, Ez e Weinberger 2010). Tin Ng (2009), identificou ainda outras barreiras à utilização de serviços de apoio, tais como a duração do compromisso, a falta de conhecimento dos serviços, o custo do atendimento, o sentido de responsabilidade da pessoa cuidadora, a falta de cuidados alternativos e a desconfiança.

O nosso interesse por este tema decorreu do facto de termos tido um baixo nível de participação na implementação de um PPE dirigido a pessoas cuidadoras informais de pessoas idosas dependentes, inscritas numa unidade de saúde familiar (USF) do Concelho da Trofa. O PPE foi elaborado em parceria com as pessoas cuidadoras (N=24) e as enfermeiras da USF (N=2) que aceitaram participar no programa. Deste modo, negociamos o número de sessões do programa (11, de duas horas cada), os temas a abordar (Cuidados de higiene à pessoa idosa dependente; Mobilidade da pessoa idosa dependente; Alimentação saudável; Preparação e administração de medicação; Sentimentos e emoções da pessoa cuidadora; Técnicas de relaxamento para o bem-estar da pessoa cuidadora I e II; Hipertensão e Diabetes), a sua duração (11 meses) e o local.

O objetivo do presente estudo foi analisar as barreiras para a participação das pessoas cuidadoras informais de pessoas idosas dependentes num PPE realizado numa USF na Trofa.

Metodologia

Optamos por um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa permite estudar os fenómenos no seu ambiente natural, tentando dar sentido ou interpretar os fenómenos, de acordo com o significado que as pessoas lhe atribuem (Denzin e Lincoln 2000).

Contexto e participantes

A unidade de saúde familiar onde decorreu o nosso estudo fica situada no concelho da Trofa. Abrange um universo total de 10 790 utentes e conta com profissionais de várias categorias: quatro médicos, seis enfermeiros e cinco administrativos. Funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 20 horas.

Os participantes deste estudo foram treze pessoas cuidadoras que aceitaram participar no PPE, mas que tiveram uma participação inferior a 75% das sessões do programa.

Técnica de colheita de dados

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte. Os participantes assinaram o documento de consentimento informado manifestando acordo com os seus termos, nomeadamente com os que asseguravam o anonimato das fontes e a confidencialidade da informação. A colheita de dados decorreu nos meses de junho e julho de 2012. Como técnica de colheita de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada. O guião da entrevista constitui-se de duas partes: a primeira, incluía questões relativas à caracterização dos participantes; a segunda, continha questões sobre os motivos que os levaram a inscrever-se no PPE e as barreiras à participação no programa.

Procedimentos

As pessoas cuidadoras informais foram convidadas a participar no presente estudo no final de uma das sessões incluídas no programa, realizada no mês de Junho, exceto as que faltaram, que foram contactadas por telefone, posteriormente. No caso de o convite ser aceite, era imediatamente marcada a data, a hora e o local da entrevista. Assim, de acordo com a disponibilidade das pessoas cuidadoras informais as entrevistas decorreram na residência das pessoas idosas dependentes (N=12) ou na USF (N=1), tendo a duração de cerca de uma hora cada. A entrevista foi realizada pela primeira investigadora, já que a relação de confiança entre entrevistado e entrevistador é essencial para o êxito da entrevista (Robertson e Hale 2011).

Análise de dados

Após a realização e gravação de cada entrevista seguiu-se a sua transcrição integral. No tratamento dos dados recorremos à técnica de análise de conteúdo de Bardin (2004). Esta pressupõe as seguintes etapas: (i) pré-análise (incluiu a leitura das entrevistas, a formulação das hipóteses provisórias sobre o objeto de estudo e o texto analisado, a definição dos objetivos de

análise e a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final); (ii) exploração do material (processo através do qual os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitiram a elaboração de categorias que tiveram como requisitos a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade) e (iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (permitiu que os conteúdos recolhidos nas entrevistas fossem apresentados de uma forma descritiva e sujeitos a uma análise reflexiva).

Análise dos resultados

Caraterísticas dos participantes

As pessoas cuidadoras informais que participaram no estudo eram todas mulheres, com idade compreendida entre os 33 e os 75 anos, com uma média de idade de 51,3 anos. A maior parte era casada (n=12) e apresentava baixo nível de escolaridade (1.º ciclo) (n=9). Quanto à situação de emprego, predominavam as domésticas (n=6), seguidas pelas desempregadas (n=3) e reformadas (n=3), apenas uma estava empregada. Em relação ao grau de parentesco com a pessoa idosa dependente, a maior parte era filha (n=6). Quanto à duração do papel de cuidador, os resultados mostraram que cinco cuidavam entre 6 e 11 anos; quatro há cinco anos ou menos; três há mais de 12 anos e uma cuidava esporadicamente.

Razões para se inscreverem no programa

As razões para se inscrever no programa, foram enquadradas em cinco categorias, que de seguida explicitamos e exemplificamos com depoimentos das participantes.

1) “Aprender”

Os discursos de cinco participantes incluíram-se nesta categoria, conforme se ilustra: “...eu sempre tive uma ideia: aprender não faz a cabeça grande” (C18);

2) “Incentivo dos profissionais de saúde” (USF)

Das três participantes que partilharam esta opinião, uma referiu: “...a enfermeira do posto (USF) que vem aqui disse para eu ir e eu fui” (C14);

3) “Curiosidade”

No presente estudo, o discurso de duas pessoas incluem-se nesta categoria: “A curiosidade, talvez a curiosidade e saber em que me poderiam ajudar...” (C9);

4) “Apoio emocional”

Os discursos de duas participantes incluíram-se nesta categoria, como se pode constatar: “... gosto de dizer aquilo que sinto e se precisar de algum apoio também e tudo isso faz bem” (C12);

5) “Expectativa de apoio financeiro”

Apenas o discurso de uma participante se inclui nesta categoria: “A minha mãe precisa de uma prótese nova ... Eu e o meu marido estamos desempregados, não há condições.” (C16).

Barreiras à participação no PPE

Uma das questões centrais do nosso estudo foi “Quais as Barreiras à participação no PPE?”. Dos discursos emergiram as seguintes categorias:

1) “Situacional”

Esta foi a barreira mais apontada pelas pessoas cuidadoras para a participação no PPE (n=9). O discurso de uma participante ilustra esta categoria: “... eu não pude ir porque tive uma consulta com a minha tia [pessoa idosa dependente]” (C6);

2) “Psicossocial”

Das duas pessoas cuidadoras incluídas nesta categoria, uma revelou “Não sei o que venho para aqui fazer (PPE), já sei isto” (C14);

3) “Informacional”

Finalmente, duas participantes referiram barreiras informacionais. Para representar esta categoria apresentamos o seguinte discurso: “...não fui [faltou a uma sessão do PPE] e depois como não fui aquela vez perdi o contacto das marcações...” (C11).

Com base nos resultados apresentados, passamos de seguida à sua discussão.

Discussão dos resultados

Em relação ao contexto sociodemográficos a média de idade das pessoas cuidadoras no nosso estudo e que não assistiram a 75% das sessões do PPE foi de 51,3 anos; predominavam as pessoas domésticas; casadas; com baixo nível educacional e filhas da pessoa cuidada. Todas as pessoas cuidadoras foram do sexo feminino. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Hudson, Aranda e Hayman-White (2008). Estes autores verificaram que a maioria das pessoas cuidadoras era do sexo feminino e tinha baixo nível educacional. Os resultados do nosso estudo diferem dos de Hudson e colaboradores (2008), em termos de idade, relacionamento da pessoa cuidada com a cuidadora, ocupação e duração do papel de cuidador. Os autores supracitados observaram que as pessoas cuidadoras que tiveram uma baixa participação no seu programa tinham uma média de idade de 56,2 anos; não possuíam filhos cuidadores; eram predominantemente reformadas e, em média, cuidavam à menos tempo (24,7 anos).

Verificamos que a maior parte das pessoas cuidadoras inscreveu-se no PPE para “Aprender”; seguidas, pelo “Incentivo dos profissionais de saúde”, para receber “Apoio emocional” e por “Curiosidade”. No entanto, neste estudo, algumas barreiras inviabilizaram a participação, com destaque para a barreira “Situacional” (ter que acompanhar as pessoas dependentes a consultas médicas, a falta de tempo devido à prestação de cuidados), seguida em igual número pelas barreiras “Psicossocial” (falta de interesse em aprender) e “Informacional” (desconheciam o horário da sessão). Estas barreiras são consistentes com as mencionadas em outros estudos (Tin Ng 2009; Li 2006). Tin Ng (2009) solicitou aos participantes do seu estudo para identificarem as barreiras que os impediam de utilizar o serviço fornecido. As respostas obtidas foram organizadas em três categorias relacionadas com os cuidadores, os recetores dos cuidados e os fornecedores do serviço. As respostas associadas aos cuidadores incluíram constrangimentos de tempo, falta de consciência do serviço, transporte, custo dos cuidados, responsabilidades

e atitudes dos cuidadores, falta de cuidados alternativos e falta de confiança. No seu estudo, Li (2006) verificou que 75% das pessoas cuidadoras reportaram os transportes como barreira e 57,7% o trabalho de casa. Salientou ainda o facto das necessidades das pessoas cuidadoras informais não serem totalmente reconhecidas e a não compreensão da importância dos programas. Li (2006) também observou que as pessoas com maior nível educacional tinham maior consciência das suas necessidades e dos serviços da comunidade. Segundo Cherry (2012), muitas famílias cuidadoras são relutantes em confiar o cuidado de um ente querido a outra pessoa e apenas procuram ajuda quando a doença da pessoa cuidada está muito avançada. Cherry (2012) aponta ainda como barreiras à participação das pessoas cuidadoras em programas comunitários as de natureza emocional, concreta (serviços dispendiosos ou inconvenientes) e sistémica (critérios de inclusão rígidos ou a falta de conhecimentos da equipa).

Conclusões

As barreiras “situacionais” foram as mais relatadas pelos participantes (n = 9); dois participantes referiram barreiras “psicossociais” e dois apontaram barreiras “informativas”.

Embora, o número de participantes neste estudo seja reduzido e impossibilite a generalização dos resultados, estes fornecem-nos informação suficiente para compreendermos o fenómeno. Dado que a informação emergiu de um trabalho de investigação, Sandelowski (2004) defende que pode ser aplicada a indivíduos que vivenciam situações similares, ou seja, é possível a sua transferibilidade dos resultados.

Assim, os resultados deste estudo podem ajudar os enfermeiros a identificar as barreiras para a participação das pessoas cuidadoras em programas psico-educacionais e a desenvolver estratégias específicas para eliminar essas barreiras.

Referências bibliográficas

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- CHERRY, Debra L. HCBS can keep people with dementia at home. *Journal of the American Society on Aging*. 2012, 36(1), 83-90.
- DENZIN, Norman K. e LINCOLN, Yvonna S. Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In: N. DENZIN e Y. LINCOLN (eds.), *Handbook of qualitative research* (2.ª ed.), Thousand Oaks, CA: Sage, 2000, pp. 1-28.
- FALL, J. *Program barriers*, 2009 [consultado a 26 Novembro 2012]. Disponível em: <http://www.adultteeducation.wikibook.us/index.php>
- HUBER, M. et al. *Facts and Figures on Long-term Care. Europe and North America*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
- HUDSON, Peter L., ARANDA, S. e HAYMAN-WHITE, K. A psycho-educational intervention for family caregivers of patients receiving palliative care: a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008, 30(4), 329-341.
- LAVOIE, N. et al. *Obstacles à la participation des adultes peu scolarisés à des activités de formation dans un cadre de éducation formel et non*. Québec: Bibliothèque Nationale du Canada, 2004.
- LI, H. Rural older adults' access barriers to in-home and community-based services. *Social Work Research*. 2006, 30(2), 109-118.

ROBERTSON, L. e HALE, B. Interviewing older people: Relationships in qualitative research. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2011, 9(3), 1-8 [consultado em 30 julho 2012]. Disponível em: <http://ijahsp.nova.edu>

SILVA, L., GALERA, S. A. F. e MORENO, V. Encontrando-se em casa: Uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paulista Enfermagem*. 2007, 20(4), 397-403.

MESSECAR, Deborah C. Family caregiving. In: Elizabeth CAPEZUTI, et al. (eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3ª ed), New York: Springer, 2008.

MIGUEL, Andrés G. et al. La salud de las personas mayores. In: Piédrola GIL, *Medicina Preventiva y salud pública* (11ª Ed), Barcelona: Elsevier Masson, 2008.

RODRIGUEZ-SANCHEZ, Emiliano et al. Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers. Study protocol. In: *BMC Public Health*, 2010, pp. 10 - 559.

TIN NG, G. Support for family caregivers: What do service provider say about accessibility, availability and affordability of services? *Health and Social Care in the Community*. 2009, 17(6), 590-598.

SANDELOWSKI, M. Using qualitative research. *Qualitative Health Research*. 2004, 14(10), 1366-1386.

► A influência do funcionamento familiar na qualidade de vida dos idosos: um estudo numa instituição de acolhimento

Ana Filomena Freitas¹, Manuela Teixeira² & Maria do Carmo Rocha²

¹ Enfermeira.

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora.

Contacto: ana.filomena.freitas@gmail.com

Resumo

Introdução: Atualmente, em resultado do envelhecimento populacional, a família não consegue responder às necessidades dos seus membros e consequentemente recorre às instituições de acolhimento. No entanto, a família deve promover um envelhecimento com qualidade de vida. Este estudo pretendeu estudar a influência do funcionamento familiar na qualidade de vida dos idosos numa instituição de acolhimento. **Metodologia:** Abordagem quantitativa, estudo descrito, correlacional e transversal. A população foi de 39 idosos, sem défices cognitivos, de uma instituição de acolhimento. Para avaliar a perceção da funcionalidade familiar de diferentes elementos da família avaliou-se a perceção de 11 familiares de 11 idosos. Aplicadas as escalas *Family Assessment Device* e *World Health Organization Quality of Life-Bref*. Utilizou-se o SPSS versão 17, usando-se a estatística descritiva. **Resultados:** Os idosos que percecionaram as suas famílias como saudáveis num maior número de dimensões apresentaram níveis de qualidade de vida superiores. Os idosos identificaram mais dimensões não saudáveis na família, ao contrário dos elementos da família. **Discussão:** As famílias saudáveis parecem possuir competências que proporcionam um envelhecimento com qualidade de vida. O envelhecimento origina mudanças na família que não são vivenciadas da mesma forma por todos os membros da família (Horta, Ferreira e Zhao 2010; Figueiredo et al. 2011). **Conclusão:** As novas políticas e projetos devem promover famílias saudáveis, fomentando um envelhecimento com qualidade de vida, promovendo ganhos em saúde.

Palavras chave: Envelhecimento; família; qualidade de vida.

Abstract

Introduction: Currently, as a result of population aging, the family can't meet the needs of its members and consequently uses host institutions. However, the family should promote aging with quality of life. This study aimed to investigate the influence of family functioning on quality of life of the elderly in a host institution. **Methodology:** A quantitative study, described, correlational and cross. The population was 39 seniors without cognitive deficits in a host institution. To study the functionality of different members contacted 11 families, each family member corresponded to an element of the family of 11 seniors. Applied Family Assessment Device scales and World Health Organization Quality of Life-Bref. We used SPSS version 17, using descriptive statistics. **Results:** The seniors who perceive their families as healthy a larger number of dimensions had higher levels of quality of life. The seniors identified more family unhealthy dimensions unlike members of the family. **Discussion:** Healthy families seem to possess skills that provide a quality of life with aging. Aging causes changes in the family who are not experienced in the same way by all family members (Horta, Ferreira e Zhao 2010; Figueiredo et al. 2011). **Conclusion:** The new policies and projects should promote healthy families by promoting aging with quality of life, promoting health gains.

Keywords: Aging; family; quality of life.

Introdução

Para Azeredo (2011) o envelhecimento demográfico constitui-se num fenómeno marcante para a humanidade, iluminando o surgimento de novas necessidades de saúde dos idosos, famílias e comunidade. O envelhecimento é parte integrante do ciclo de vida do ser humano. Assim, cada vez mais será uma fase comum à grande maioria da população. Esta percepção é corroborada pelos dados estatísticos. Entre 2001 e 2011, observou-se, na população portuguesa, uma diminuição da população jovem e um aumento de 19,4% da população idosa (Instituto Nacional de Estatística 2011).

A primeira unidade social, na qual a pessoa se insere e que contribui para o seu desenvolvimento, ao longo do ciclo vital, é a família. Logo, a família é uma estrutura de apoio que assegura a satisfação e a realização de todas as necessidades, sentidas pela pessoa, aquando do envelhecimento (Araújo, Paúl e Martins 2010). Nos tempos atuais, a família depara-se muitas vezes com a necessidade de ajuda da rede de apoio formal, recorrendo à utilização de instituições, para uma melhor resposta face às necessidades de cuidados sentidos pelos idosos (Pereira 2012).

A utilização de uma instituição de acolhimento não anula a vivência do processo de envelhecimento para o idoso, família e comunidade. As transições que o envelhecimento origina, têm de ser superados de forma saudável, que só é possível se as pessoas estiverem preparadas para as várias transições que vão surgindo no decorrer do processo de envelhecimento, como afirmam Meleis et al. (2000).

A qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no seu contexto cultural e no seu sistema de valores, estando relacionando com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que está dependente da saúde física do indivíduo, do seu estado psicológico, do

nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e da relação com os aspetos significativos do ambiente envolvente. (WHOQOL Group 1994, 1995 cit. in Canavarro et al. 2009).

Para Ribeiro et al. (2011), a qualidade de vida é um conceito dinâmico e de perceção individual, interligado com os domínios físico, psicológico, sócio-ambiental e ético-espiritual. O domínio sócio-ambiental, engloba entre outras condições, a família. Portanto, as relações familiares contribuem para a promoção de um envelhecimento com qualidade de vida e para o envelhecimento ativo.

Metodologia

A presente pesquisa foi orientada para uma abordagem quantitativa, sendo um estudo descritivo, correlacional e transversal. A questão de investigação que norteou o presente estudo foi: qual a influência do funcionamento familiar na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento. Este estudo foi realizado numa instituição que acolhe essencialmente idosos que tiveram atividades laborais ligadas à pesca, representando uma comunidade com características específicas.

Após o consentimento da instituição para realização do estudo, procedeu-se à identificação dos utentes inscritos na instituição, com idade igual ou superior a 65 anos e sem défices cognitivos. Seguidamente, contactados os idosos e as famílias, obteve-se o consentimento informado. Foi aplicada a escala FAD (*Family Assessment Device*) para avaliação da funcionalidade familiar e a escala WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life-Bref*) para avaliação da qualidade de vida dos idosos. A população foi de 39 idosos e 11 elementos da família de 11 idosos. Ao longo do estudo foram sempre respeitados os aspetos éticos.

As escalas estão traduzidas e validadas para a população portuguesa, pelos grupos de trabalhos responsáveis pelas escalas. A escala FAD foi aplicada aos idosos (n=39) e a um elemento do núcleo familiar de alguns idosos (n=11). A escala WHOQOL-Bref foi destinada apenas aos idosos (=39), dado que um dos objetivos do estudo era a avaliação da qualidade de vida do idoso.

Resultados

Os idosos (n=39) consideravam as suas famílias como saudáveis nas dimensões comunicação (59,0%), papéis (71,8%), responsabilidade afetiva (61,5%), envolvimento afetivo (76,9%) e funcionalidade geral (51,3%); as dimensões revolução de problemas (64,1%) e controlo de comportamento (100 %) foram percecionadas como não saudáveis pela maioria dos idosos.

Os elementos da família (n=11) percecionavam as suas famílias como saudáveis em todas as dimensões, com exceção da dimensão controlo de comportamento. Os idosos referentes aos elementos da família (n=11) percecionavam as suas famílias como não saudáveis nas dimensões: resolução de problemas (72,7%), papéis (54,4%), controlo de comportamento (100%) e funcionalidade geral (63,6%). As dimensões percecionadas pelos idosos como saudáveis eram comunicação (54,5%), responsabilidade afetiva (54,5%) e envolvimento afetivo (72,7%).

Ao analisar as perceções dos elementos da família e dos idosos, verifica-se que, as dimensões envolvimento afetivo e controlo de comportamento apresentavam valores coincidentes,

com 72,7% a perceberem a sua família, como saudável, na dimensão envolvimento afetivo e 100% a perceberem a sua família, como não saudável, na dimensão controlo de comportamento. De destacar, ainda, que a maioria percecionava, as suas famílias, como saudáveis nas dimensões comunicação e responsabilidade afetiva. Nas dimensões resolução de problemas, papéis e funcionalidade geral, as percepções dos elementos da família e dos idosos eram distintas, sendo que maioritariamente, os elementos da família consideravam que a sua família era saudável e os idosos, na sua maioria, considerava o oposto.

Os resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis evidenciaram que os idosos que percecionavam as suas famílias como saudáveis num maior número de dimensões, apresentavam níveis de qualidade de vida superiores e os maiores níveis de qualidade de vida correspondiam a melhores classificações do funcionamento geral da família.

No domínio geral da qualidade de vida os idosos apresentavam um valor médio de 58,3. Em relação ao domínio físico manifestavam um valor médio de 60,9, o domínio psicológico obteve 56,8 de valor médio, no domínio das relações sociais apresentavam um valor médio de 60, no último domínio, relacionando com o ambiente o valor médio foi 63,8. Todos os domínios apresentavam valores médios superiores a 50, o que indica que os idosos consideravam ter uma boa qualidade de vida.

Discussão

Para os idosos (n=39) as suas famílias conseguiam comunicar uns com os outros de forma eficaz, cada membro da família reconhecia a sua função dentro do seio familiar, os membros apresentavam respostas afetivas, demonstravam interesse e envolviam-se uns com os outros, afirmavam ainda que existia um funcionamento geral da família saudável.

As dimensões avaliadas, como não saudáveis, tal como Figueiredo et al. (2011) afirmam, podem ser devidas aos desafios que o envelhecimento acarreta para a família, o emergir de novas necessidades de saúde e as alterações que o envelhecimento provoca nas estruturas e organizações da família.

A família, ao vivenciar a transição do envelhecimento dos seus membros, não estando preparada para a sua vivência, proporciona uma maior predisposição para a instabilidade nas funções familiares (Meleis et al. 2000), gerando problemas no controlo de comportamento dos seus membros, o que pode justificar que esta dimensão tenha sido percecionada pelos idosos como não saudável.

A desigualdade entre as percepções dos idosos e dos elementos da família parece atestar que, dentro do seio familiar os membros tem percepções diferentes da funcionalidade da sua família. As causas desta desigualdade poderão ser explicadas, como afirma Figueiredo (2009) pelas várias transições do ciclo vital, que implicam mudanças nos padrões familiares. O envelhecimento origina mudanças na organização familiar, às quais a família se vai adaptando. Todas as alterações e adaptações requerem aceitação e não são vivenciadas da mesma forma por todos os membros constituintes da família (Horta, Ferreira e Zhao 2010; Figueiredo et al. 2011).

Relativamente à avaliação da qualidade de vida, o domínio ambiente apresentou o valor médio mais alto, o que poderá estar relacionado com o ambiente da instituição, na maior opor-

tunidade de aceder aos cuidados de saúde e sociais e de participar em atividade de recreação e lazer, que a instituição proporcionava. O facto de ser uma instituição que acolhia sobretudo idosos que tiveram a mesma atividade profissional, facilitava a criação de laços e predispunha à partilha de experiências comuns. Segundo Ribeiro et al. (2011) a qualidade de vida refere-se a um bem-estar e a um equilíbrio pessoal ligado a vários domínios, entre eles o domínio socio-ambiental que reflete a inserção da pessoa no meio envolvente.

Este estudo indicou que níveis superiores de qualidade de vida dos idosos estavam presentes quando as suas famílias eram percecionadas como mais saudáveis, pois obtiveram classificações mais elevadas de funcionamento familiar. Estes resultados corroboram as conclusões dos estudos de Leite et al. (2008), Andrade e Martins (2011) e D'Alencar (2012). Ainda, dão resposta à questão de investigação que norteou o presente estudo, assim como à concretização dos objetivos definidos no início do estudo.

A Enfermagem poderá desenvolver, no seu campo de ação, intervenções direcionadas para a funcionalidade da família, que facilitarão a capacitação dos idosos e das famílias, promovendo um envelhecimento com qualidade de vida, com repercussões positivas nos gastos dos recursos de saúde. Com a intervenção de enfermagem, nesta área, as famílias estarão mais adaptadas para viverem o envelhecimento de forma saudável, utilizando os recursos de suporte social de forma sustentável, levando a uma melhor gestão dos serviços e apoios existentes.

Conclusão

A realização deste estudo permitiu contribuir para o conhecimento da influência da funcionalidade familiar na qualidade de vida do idoso e demonstrar a importância da enfermagem comunitária nesta temática.

As novas políticas e projetos devem assentar numa enfermagem comunitária mais próxima das famílias e dos idosos, promovendo famílias mais saudáveis e consequentemente um envelhecimento com qualidade de vida. Famílias que consigam viver o envelhecimento dos seus membros poderão fomentar um envelhecimento com qualidade de vida e promover ganhos em saúde.

Referências bibliográficas

- ANDRADE, A. e MARTINS, R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*. 2011, 40, 185-199.
- ARAÚJO, I., PAÚL, C. e MARTINS, M. Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010, III(2), 45-53.
- AZEREDO, Z. *Idoso como um todo*. Viseu: Psicosoma, 2011.
- CANAVARRO, M. et al. Development and Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL- 100) in Portugal. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2009, 16(2), 116-124.
- D'ALENCAR, R. (Re)significando a solidariedade na velhice: Para além de laços consanguíneos. *Acta Scientiarum: Human & Social Sciences*. 2012, 34(1), 9-17.

EPSTEIN, N., BALDWIN, L. e BISHOP, D. The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1983, 9(2), 171-180.

FIGUEIREDO, M. *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Tese de Doutoramento, Porto, 2009

FIGUEIREDO, M. et al. Ciclo vital da família e envelhecimento: Contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*. 2011, 3(14), 11-22.

HORTA, A., FERREIRA, D. e ZHAO, L. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010, 63(4), 523-528.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Censos 2011: Resultados Provisórios*. Lisboa: INE, 2011.

LEITE, M. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto contexto – Enfermagem*. 2008, 17(2), 250-257.

MELEIS, A. et al. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 2000, 23(1), 12-26.

PEREIRA, F. Os idosos como recurso. In: F. PEREIRA, *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*, Viseu: Psicosoma, 2012.

RIBEIRO, T. et al. Qualidade de vida: Do conceito à tomada de decisão ética. In: *Saúde e qualidade de vida: Uma meta a atingir*, Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2011.

RYAN, C. *Evaluating and treating families: The McMaster Approach*. New York: Taylor & Francis Group, 2005.

SIMMONS, C. e LEHMANN, P. *Tools for strengths-based assessment and evaluation*. New York: Springer Publishing Company, 2013.

► Consumo tabágico, uma problemática de saúde pública

Ana Sofia Carvalho¹, Adília Fernandes² & Manuel Brás³

¹ Unidade de Cuidados na Comunidade, Centro de Saúde de Santa Maria – Bragança. Unidade Local de Saúde do Nordeste. Enfermeira especialista em enfermagem comunitária. Mestre em enfermagem de saúde pública.

² Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Professora Adjunta, PhD. Enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

³ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Professor Adjunto, PhD. Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, CINTESIS e NII.

Contacto: ana.s.coelho@hotmail.com • adiliasilvaf@gmail.com • mambras@gmail.com

Resumo

O tabagismo é a primeira causa isolada de doença e uma das principais causas de mortalidade prematura em todo o mundo. Morrem anualmente cerca de 6 milhões de pessoas por doenças relacionadas com o tabaco, valor que poderá ascender aos 10 milhões em 2030 se não forem instituídas medidas de prevenção efetivas (WHO 2011). O presente trabalho debruça-se sobre a área do consumo tabágico, intervindo assim num dos mais graves problemas da saúde pública moderna. Procuramos conhecer qual o consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros. Definimos como **objetivos** principais: identificar a prevalência tabágica e relacionar o consumo tabágico com as variáveis clínicas. Face aos objetivos delineados optamos por um estudo descritivo, transversal, epidemiológico e com abordagem quantitativa. A nossa amostra é composta por 900 indivíduos (6,3% da população), selecionados por processo de amostragem não probabilística por quotas, representativos da distribuição etária e geográfica da população. Para a colheita de dados utilizamos o formulário, aplicado pelos investigadores. Como principais **resultados**, destacamos a acentuada prevalência tabágica no concelho (29,9%), com índices alarmantes de consumo nos jovens (55% dos indivíduos da classe etária 18-25 anos) e nas mulheres (20%). Verificamos que os fumadores têm uma incidência de patologias em frequências superiores às observadas nos não fumadores das mesmas classes etárias. Face ao exposto, a intervenção no tabagismo é uma área de fulcral interesse, estando os cuidados de saúde primários e a saúde pública numa situação privilegiada para apoiar a cessação em todos os fumadores e para intervir na prevenção do consumo tabágico (Diário da República 2005; Health and Consumer Protection 2007; Nunes et al. 2007; WHO 2008).

Palavras-chave: Consumo tabágico; intervenção comunitária.

Abstract

Smoking is the leading cause of disease, being the main cause of premature death worldwide. 6 million people die annually with related tobacco illnesses, value that can rise to 10 million by 2030 if no effective preventive measures are taken (WHO 2011). This dissertation focuses on the area of smoking and, thus, intervening in one of the most serious problems in modern public health. We tried to understand the smoking habits of the population aged over 18 years, in the municipality of Macedo de Cavaleiros. The main objectives are: to identify smoking prevalence and to relate the tobacco consumption with the clinical variables. Given the objectives outlined, we chose for a descriptive, cross-sectional and epidemiological study and a quantitative approach. The sample consists in 900 individuals, (6.3% of the population), selected by non-probability quota sampling, representative of the age and geographic distribution of the population. The data was collected by using a form applied by the researchers. The main results highlight the marked prevalence of smoking in the county (29.9%), with alarming rates of consumption in youth (55% of subjects in the age group 18-25 years-old) and women (20%). We found that smokers have an incidence of diseases with higher frequencies than those observed in non-smokers of the same age group. Given the above information, the intervention in smoking is an area of key interest, being the primary care and public health in an unique position to support the decrease/cessation in all smokers and to intervene in the prevention of tobacco consumption (Diário da República 2005; Health and Consumer Protection 2007; Nunes et al. 2007; WHO 2008).

Keywords: Tobacco Consumption; Community Intervention.

Introdução

O consumo tabágico é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma das maiores problemáticas de saúde pública e a principal causa de morte evitável da atualidade (Pestana et al. 2006). É também o fator de risco isolado com maior impacto em termos de mortalidade, morbilidade e anos de vida perdidos, afirmando-se como a grande epidemia do nosso século (Ferrero, Mesquita e Garcia 2006).

O consumo de tabaco é um comportamento generalizado mundialmente e cerca de um terço da população adulta, ou seja, aproximadamente um bilião e trezentos milhões de indivíduos fumam (Eurobarómetro 2010).

Segundo o Eurobarómetro (2010), na União Europeia (UE) a prevalência de fumadores com idade superior a 15 anos é de 29% (fumadores diários e esporádicos). Portugal é um dos países da UE com menor prevalência de tabagismo, situando-se a percentagem de fumadores nos 22%.

O tabagismo representa, em todo o mundo, uma séria ameaça à saúde dos indivíduos e das populações, constituindo um dos comportamentos evitáveis que mais contribui para a deterioração da qualidade de vida, bem como para o aumento da morbilidade e da mortalidade. Atualmente, segundo a OMS morrem todos os anos cerca de 6 milhões de pessoas por doenças relacionadas com o tabaco. Este valor poderá ascender aos 10 milhões em 2030 se não forem instituídas medidas de prevenção efetivas (WHO 2011).

A OMS afirma que as taxas de mortalidade relativas às pessoas com idade entre 35 e os 69 anos são três vezes mais elevadas nos fumadores do que nos não fumadores (Nunes 2002).

Segundo Francisco George, Diretor-Geral da Saúde, um em cada quatro portugueses não atinge os 70 anos, sendo o consumo de tabaco a principal causa direta ou indireta destas mortes, o que não pode ser ignorado (DGS 2011). O tabaco é fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo, matando uma pessoa em cada seis segundos (Eurobarómetro 2010; WHO 2008). A evidência científica afirma o tabagismo como um importante fator de risco de inúmeras doenças, tais como, cancro, doenças arterioscleróticas, doença pulmonar obstrutiva crónica e úlcera péptica (WHO 2012).

O consumo tabágico é a principal causa de morte evitável, sendo a sua prevenção e controlo a estratégia com melhor relação custo-eficácia e com menor impacto económico, humano e social (WBG 2001; WHO 2003; WHO 2012). Os profissionais de saúde devem encarar o tabagismo como uma doença crónica, mas também como um determinante de saúde evitável, que deve ser prevenido e controlado. Tornam-se assim fulcrais as intervenções no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, prevenção da iniciação tabágica, promoção da cessação tabágica e do controlo da exposição ao fumo do tabaco, traduzindo-se certamente em ganhos em saúde individual e coletiva (Nunes 2006).

Metodologia

Considerando a problemática do tabaco, a presente investigação debruça-se sobre a área do consumo tabágico, na qual procuramos abordar e intervir assim, num dos mais graves problemas da saúde pública moderna.

Nesta investigação pretendíamos conhecer o consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros. Definimos como objetivos principais: identificar a prevalência tabágica e relacionar o consumo tabágico com as variáveis clínicas.

Face aos objetivos delineados optamos por um estudo descritivo, transversal, epidemiológico e com abordagem quantitativa. O consumo tabágico é a variável dependente. As variáveis independentes podem ser reunidas em dois grupos: sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, local e freguesia de residência, habilitações literárias, situação profissional e profissão/ocupação; clínicas: problemas de saúde diagnosticados.

Participantes

Optamos por um processo de amostragem não probabilística por quotas, que refletisse a distribuição etária e geográfica da população alvo. Seleccionamos uma amostra de 900 indivíduos, de entre os que foram primeiramente contactados, presencialmente, nas 38 freguesias do concelho de Macedo de Cavaleiros.

Sendo a população em estudo composta por 14292 indivíduos e a amostra constituída por 900 indivíduos (6,3% da população) trabalhamos com um erro amostral de 3,25%.

Instrumentos

Para a colheita de dados utilizamos uma entrevista estruturada – formulário, construída para a presente investigação. A primeira parte do formulário alude aos dados sócio-demográficos, a segunda engloba as variáveis comportamentais relacionadas com a saúde e os problemas de saúde existentes.

Procedimentos

Antes de proceder à aplicação do instrumento de colheita de dados na amostra selecionada, submetemo-lo a um pré-teste, aplicado numa amostra com características sociodemográficas semelhantes às da população em estudo. Após a execução do pré-teste não existiu necessidade de reformular o instrumento de colheita de dados.

O formulário foi aplicado pelos investigadores, nos meses de fevereiro e março de 2012. De forma a limitar o viés à investigação, determinado pela presença dos investigadores, procuramos cumprir todos os pressupostos de informação, confidencialidade e empatia, assegurando que a informação recolhida seria para tratamento estatístico exclusivo e demonstrando a possibilidades de desistência a qualquer momento, bem como o acesso aos dados recolhidos. Obteve-se, em todos os casos, o consentimento dos participantes, sendo a colaboração absolutamente voluntária, gratuita, anónima e confidencial.

Relativamente à análise dos dados realizamos análise descritiva em função da natureza das variáveis, recorremos às medidas estatística para descrever as características sociodemográficas e clínicas e utilizamos a análise inferencial com o objetivo de avaliar a associação das variáveis. Posteriormente recorremos ao cálculo dos *odds ratio* de forma a especificar o risco associado ao consumo tabágico, tendo-se procedido à prévia dicotomização das variáveis.

Análise e discussão dos resultados

Prevalência tabágica

Analisando o comportamento da amostra face ao tabaco, verificamos que 50,4% (n=454) dos inquiridos não são fumadores, 29,9% (n=269) são fumadores e 19,7% (n=177) dos inquiridos foram fumadores no passado.

Os dados do nosso estudo remetem-nos para um importante problema de saúde pública do concelho de Macedo de Cavaleiros, com uma prevalência de fumadores (29,9%) acima da média nacional, apontada pelo Eurobarómetro (2010) para 22% na população portuguesa com mais de 15 anos. Desconhecemos a existência de estudos anteriores sobre o consumo tabágico específicos na população de Macedo de Cavaleiros, não nos permitindo inferir se estamos perante um agravamento desta problemática.

Analisando o consumo tabágico em função do sexo constatamos que 68% das mulheres não são fumadoras, 20% são atualmente fumadoras e 12% foram fumadoras no passado. Quanto aos homens temos que 42% são fumadores atualmente, 30% não são fumadores e 28% foram no passado. Embora se verifique na nossa amostra uma maior prevalência do tabagismo em ambos os sexos, estes valores vão de encontro aos dados nacionais que referem existir mais homens (30%) do que mulheres (17%) a fumar em Portugal (Eurobarómetro 2010).

Constatamos assim, uma maior prevalência de fumadores no sexo masculino. Contudo a prevalência do tabagismo no sexo feminino é também alarmante, sobretudo se tivermos em consideração, que a evidência científica alerta para os riscos acrescidos do consumo de tabaco nas mulheres (Nunes 2006; USDHHS 2004).

Procedendo-se a uma análise do consumo tabágico em função das classes etárias verificamos que 55% dos indivíduos com idade compreendida entre os 18-24 anos e 37% dos indivíduos com

idade entre os 25-39 e entre os 40-64 anos são atualmente fumadores. Os indivíduos com idade entre os 65-79 anos e com idade igual ou superior a 80 anos apresentam as menores prevalências de consumo tabágico.

Estas prevalências, apesar de mais elevadas, têm uma distribuição etária concordante com as estatísticas nacionais, exceto no que respeita à enorme prevalência de tabagismo verificada nos jovens (18-24 anos) da amostra, em que mais de metade fuma, marcadamente acima da média nacional e europeia (DGS 2011; Eurobarómetro 2010).

Consumo tabágico e variáveis clínicas

Analizando as variáveis clínicas, constatamos que 524 (58,2%) dos inquiridos apresentam problemas de saúde e destes 170 são fumadores, representando 63,2% dos indivíduos fumadores. Estes dados vão de encontro à evidência científica que afirma o tabaco como responsável pela morte prematura de cerca de um terço a metade daqueles que o consomem, sendo a principal causa evitável de doença e de morte (Eurobarómetro 2010; WHO 2011).

Aplicando o teste do qui quadrado (tabela 1), verificamos que a incidência de patologias está significativamente associada ao consumo de tabaco, para um nível de significância de 5%.

Tabela 1– Consumo tabágico dos inquiridos segundo a incidência de patologias

Incidência de patologias		Consumo tabágico			Teste do qui quadrado
		Sim	Não	Total	
Tem Patologia	Sim	170 (40,9%)	246 (59,1%)	416 (100%)	ET=6,218 Pv=0,013
	Não	99 (32,2%)	208 (67,8%)	307 (100%)	
	Total	269 (37,3%)	453 (62,7%)	723 (100%)	

Pela avaliação do *odds ratio* (tabela 2), concluímos que os fumadores apresentam cerca de 1,48 vezes mais risco de ter alguma patologia que os não fumadores.

Tabela 2 – Resultados do odds ratio e respetivos intervalos de confiança para a incidência de patologias nos fumadores

		Odds ratio	IC95%
Presença de Patologia	Sim / Não	1,481	(1,087-2,019)

Pela análise da tabela 3 constatamos que a maioria dos fumadores (63,2%) padece de alguma patologia, sendo que 88,6% dos fumadores, com consumo regular de tabaco há mais de 20 anos, apresentam pelo menos um problema de saúde e 66,7% dos que mantêm consumo regular entre 11 e 20 anos também apresentam patologias. É de salientar ainda, que mesmo nos recém-fumadores (consumo regular há menos de 1 ano) se verifica uma incidência de patologias em 16,7% dos inquiridos.

Existe, claramente, uma incidência crescente de patologias consoante o aumento do número de anos de consumo regular de tabaco, tal como é defendido pelos diferentes investigadores (Nunes et al. 2007; USDHHS 2004). Neste sentido verificamos a associação entre a incidência de patologias e os anos de consumo regular de tabaco, concluindo-se que a existência de patologia está significativamente associada ao tempo de consumo regular de tabaco.

Tabela 4 – Incidência de patologias segundo o consumo regular de tabaco

Consumo regular de tabaco	Incidência de patologias			Teste de Fisher
	Sim	Não	Total	
Há menos de 1 ano	1 (16,7%)	5 (83,3%)	6 (100%)	ET=79,684 Pv=0,000
Entre 1- 5 anos	14 (25,9%)	40 (74,1%)	54 (100%)	
Entre 6 – 10 anos	12 (37,5%)	20 (62,5%)	32 (100%)	
Entre 11 – 20 anos	42 (66,7%)	21 (33,3%)	63 (100%)	
Superior a 20 anos	101 (88,6%)	13(11,4%)	114 (100%)	
Total	170 (63, 2%)	99 (36,8%)	269 (100%)	

Conclusões

Relativamente à prevalência do tabagismo concluímos que 29,9% dos inquiridos são fumadores, sendo que 20% das mulheres e 42% dos homens fumam. No que concerne às classes etárias destacamos que 55% dos indivíduos da classe etária 18-24 anos e 37% da classe etária 25-39 anos são atualmente fumadores. Estes dados remetem-nos para um importante problema de saúde pública no concelho de Macedo de Cavaleiros, com uma prevalência de fumadores francamente acima da média nacional e com índices de consumo alarmantes nos jovens e nas mulheres.

Relacionando o consumo tabágico e a incidência de patologias concluímos que 63,2% dos indivíduos fumadores inquiridos apresentam pelo menos um problema de saúde, sendo que globalmente, a prevalência de patologias aumenta 5 pontos percentuais nos fumadores. Os fumadores têm um risco acrescido de apresentar patologias, existindo associação estatisticamente significativa entre o consumo tabágico e a incidência de patologias.

A incidência de patologias está também estatisticamente associada ao tempo de consumo regular de tabaco. Verificamos que 88,6% dos fumadores com consumo regular de tabaco há mais de 20 anos padecem de pelo menos uma patologia.

Face ao exposto, a intervenção no tabagismo é uma área de fulcral interesse, estando os cuidados de saúde primários e a saúde pública numa situação privilegiada para apoiar a cessação em todos os fumadores e para intervir na prevenção do consumo tabágico e na redução da exposição tabágica (Diário da República 2005; Health and Consumer Protection 2007; WHO 2008; Nunes et al. 2007).

A luta contra o tabagismo deve ser uma preocupação central de todos os intervenientes da sociedade e ser encarada como uma atividade de cidadania organizada, com participação ativa dos cidadãos. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, o papel dos profissionais de saúde como educadores sociais é da maior relevância.

A prevenção do tabagismo e a cessação tabágica devem ser, por isso, uma prioridade e estarão incluídas nos cuidados de saúde prestados pelos serviços de saúde, quer primários quer diferenciados (Nunes et al. 2007).

Referências bibliográficas

DGS [Direção Geral de Saúde]. *Risco de morrer em Portugal*. Lisboa: DGS, Direção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Epidemiologia, 2004.

DGS [Direção Geral de Saúde]. *Infotabac Relatório. Primeira avaliação do impacto resultante da aplicação da Lei do Tabaco em Portugal*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2011 [consultado 13 Dezembro 2011]. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

DIÁRIO DA REPÚBLICA. Decreto-Lei N.º 25-A de 8 de Novembro de 2005 [aprovou a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco].

EUROBARÓMETRO. *Health and consumers: Tobacco*. European Commission, 2010 [consultado 14 Dezembro 2011]. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/tobacco/en.pdf>

FERRERO, B., MEZQUITA, M. e GARCIA, M. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. (3ª ed.) Madrid: GlaxoSmithKline S.A., 2006.

HEALTH AND CONSUMER PROTECTION. *Towards a Europe free from tobacco smoke*. Geneva: Directorate-General European Commission, 2007.

NUNES, E. Consumo de tabaco. Estratégias de prevenção e controlo. *Cadernos da Direção-Geral da Saúde*, n.º 1. Lisboa: Ministério da Saúde, 2002.

NUNES, E. Tabaco. Efeitos na Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 225-244, 2006.

NUNES, E. et al. Programa-tipo de atuação em cessação tabágica. *Circular Normativa DGS n.º 26*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

PESTANA, E. et al. *Tabagismo: Do diagnóstico ao tratamento*. Lisboa: LIDEL Edições Técnicas, 2006.

USDHHS [United States Department of Health and Human Services]. *The health consequences of smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: USDHHS, National Center for Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

WBG [The World Bank Group]. *Economics of tobacco for the Europe region*. World Wide Web, 2001 [consultado a 06 Março 2012]. Disponível em: <http://www.worldbank.org/>

WHO [World Health Organization]. *Framework convention on tobacco control - 56.ª World Health Assembly*. Geneva: WHO, 2003.

WHO [World Health Organization]. *Global tobacco epidemic. Mpower report*. Geneva: WHO, Regional Office for Europe, 2008.

WHO [World Health Organization]. *Convenção quadro da OMS para o controlo do tabaco: Um tratado que salva vidas*, 2011 [consultado a 13 Dezembro 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/en>

WHO [World Health Organization]. *WHO global report: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO, Regional Office for Europe, 2012.

► Fatores de risco cardiovascular numa amostra populacional

Ana Catarina Santos¹ & Rosa Maria Freire²

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta.

Contacto: catariinasantos@hotmail.com • rosafreire@esenf.pt

Resumo

Introdução: As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade em Portugal. A sua prevenção associa-se a gestão eficaz de fatores de risco e otimização de comportamentos de procura de saúde. **Metodologia:** Estudo transversal realizado em outubro de 2013, com o objetivo de rastrear fatores de risco cardiovascular em pessoas residentes na área de abrangência da ULS de Matosinhos que, espontaneamente, aderiram à ação. Foi utilizado um instrumento de colheita de dados autoconstruído com as variáveis género, idade, local de residência, vinculação a Unidade de Saúde, ter enfermeiro e médico de família, história de patologia familiar e pessoal, TA, glicemia capilar, IMC, PA, tabagismo, sedentarismo e regime medicamentoso. **Resultados:** Participaram no estudo 25 indivíduos com idades compreendidas entre 26 e 75 anos, 56% do género masculino e 44% do género feminino, 36% considera-se saudável, 40% e 52% refere respetivamente história familiar e pessoal de doença cardiovascular, 20% refere ter diabetes, 56% está medicado com anti-hipertensores, 56% apresenta valores elevados de tensão arterial e, destes, 71,4% refere ausência ou desconhecimento de doença cardiovascular, 76% apresentou hiperglicemia capilar em jejum, 32% faz exercício físico de forma sistematizada, 4% fuma, 20% têm peso normal, 24% tensão arterial normal, todos referem ter médico de família e 12% desconhece ter enfermeiro de família. **Discussão:** A Direcção-Geral da Saúde (2003) apela à priorização da atenção às pessoas com fatores de risco e de história pessoal ou familiar de doença cardiovascular. Os dados revelam que múltiplas patologias, fatores de risco e história pregressa familiar de doença cardiovascular são registos presentes no indivíduo e que merecem atenção mesmo em intervenções ocasionais. **Conclusão:** As intervenções populacionais ocasionais também podem encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares; fatores de risco; comportamentos saudáveis; estilo de vida.

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are one of the major cause of mortality in Portugal. Its prevention is linked with effective risk factors management and health seeking behaviors.

Methodology: A cross-sectional study was developed in October 2013 with the purpose of tracking cardiovascular risk factors in people living in the area covered by the ULS Matosinhos who spontaneously joined the action. It was built a data collection instrument with the variables: gender, age, residence, to have ties to Health Unit, to have nurse and doctor family, to have personal and family cardiovascular diseases history, blood pressure, fasting capillary glucose, body mass index, waist circumference, smoking habits, inactivity and medication.

Results: The sample consisted of 25 people aged between 26 and 75 years, 56% male and 44% female, 36% consider themselves healthy, 40% and 52% respectively referred family and personal cardiovascular diseases history, 20 % diabetes, 56% take antihypertensive drugs, 56% had elevated blood pressure values, of which 71.4% reported absence or unawareness of cardiovascular disease, 76% showed hyperglycemia capillary in fasting, 32% get exercise in a systematic way, 4% had smoking habits, 20 % had normal weight, 24% had normal blood pressure, all reported to have a family doctor and 12% unaware to have family nurse.

Discussion: The Directorate General of Health (2003) calls for the prioritization of care for people with risk factors and personal or family cardiovascular diseases history. The data reveal that multiple pathologies, risk factors and family cardiovascular diseases history are present in the individual and deserve attention even in occasional interventions. **Conclusion:** The occasional interventions for population also may encourage citizens to take responsibility for their own health.

Keywords: Cardiovascular diseases; risk factors; health behavior; life style.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são uma das principais causas de mortalidade na população portuguesa apresentando-se em diferentes formas, entre elas: doença isquémica do coração (DIC) cuja manifestação clínica é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a doença cerebrovascular incluindo o acidente vascular cerebral isquémico (AVC).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, em 2011 as doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 32% dos óbitos em Portugal. A sua prevenção está associada à gestão eficaz de fatores de risco e otimização de comportamentos de procura de saúde. Como fatores de risco consideram-se a hipertensão arterial (HTA), Diabetes (DM), dislipidemia, obesidade, sedentarismo e hábitos tabágicos. Estes fatores contribuem para a formação da aterosclerose, precursora de um conjunto de eventos cardiovasculares.

Segundo Sargento (2011) os idosos apresentam um risco de DCV aumentado, sendo que a prevenção primária dos fatores de risco modificáveis é bastante importante. O sedentarismo nesta faixa etária contribui muito para o risco cardiovascular no idoso, uma vez que favorece a obesidade, aumenta a insulinoresistência, diminui a estimulação da contractilidade muscular, altera a mobilidade articular e reduz a resistência ao esforço. À medida que a idade avança, a atividade física é condicionada pela sua capacidade de mobilidade.

Segundo Perdigão (2013) o efeito benéfico da alimentação saudável na redução do risco cardiovascular tem sido demonstrado em diversos estudos.

Com este estudo, pretende-se identificar a presença de fatores de risco cardiovascular numa amostra populacional que aderiu a um rastreio realizado no concelho de Matosinhos.

Metodologia

Estudo transversal dirigido aos residentes na área de abrangência da ULS de Matosinhos, realizado no Centro Cívico de Custóias por estudantes de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Cada participante deveria cumprir um circuito constituído por quatro etapas. A cada participante foi atribuído um cartão de identificação numerado que permitiu reunir, no final do circuito, os parâmetros de avaliação individual. Foi utilizado um instrumento de recolha de dados autoconstruído constituído por diversas variáveis: a primeira etapa teve como foco a avaliação do índice de massa corporal e do perímetro abdominal; a segunda etapa, a monitorização da tensão arterial; a terceira etapa, a monitorização de glicemia capilar e a quarta etapa, o preenchimento de um questionário sobre género, idade, local de residência, vinculação à Unidade de Saúde, ter enfermeiro e médico de família, história de patologia familiar e pessoal e questões relacionadas com o tabagismo, sedentarismo e o conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico. A duração média do circuito foi de 20 minutos.

Os dados foram trabalhados com recurso ao *Programa Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.0 para *Microsoft Windows 8*.

Resultados

Participaram no estudo 25 indivíduos residentes na área de abrangência da ULS de Matosinhos que espontaneamente aderiram à ação de rastreios de saúde, com idades compreendidas entre os 26 e os 75 anos de idade, 56% (14) do género masculino e 44% (11) do género feminino. Relativamente a história familiar de doença cardiovascular, 40% (10) refere que sim, sendo que a dislipidemia é a patologia mais frequentemente verbalizada, representando 28% (7) da amostra. Dos indivíduos que participaram no estudo, 20% (5) referem a diabetes como a patologia principal na sua história familiar. Na avaliação da tensão arterial, 56% (14) dos indivíduos apresentavam valores de tensão arterial elevados, sendo que 24% (6) correspondia a hipertensão sistólica isolada. Nenhum dos indivíduos se encontrava em jejum aquando da avaliação da glicemia capilar, sendo que 76% (19) se encontrava hiperglicémico considerando os valores de glicemia capilar padronizados para o período pós prandial. Quanto à sintomatologia, nenhum participante apresentava sintomas relativos aos valores apresentados.

No que se refere ao significado atribuído aos valores dos parâmetros avaliados, verificamos que 80% (20) não sabia interpretar os valores da tensão arterial e 68% (17) desconhecia o significado dos valores de glicemia capilar.

Quanto aos hábitos de vida, dos 20% (5) indivíduos que referiram história de hábitos tabágicos, à data apenas 4% (1) fuma.

Quanto a valores antropométricos, 80% (20) apresentava valores de peso acima do IMC normal e 52% (13) apresentava um valor de perímetro abdominal muito aumentado.

Relativamente aos estilos de vida, 64% (16) refere que realiza atividade física, sendo que 20% (5) referiu esta prática em cerca de uma hora diária.

Quanto ao acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, todos referem ter médico de família e 12% (3) desconhece ter enfermeiro de família.

Discussão

Este estudo permitiu identificar múltiplos fatores de risco de doença cardiovascular numa amostra populacional ocasional. A OMS (2009) identifica alguns fatores de risco como causa de mais de um terço das mortes no mundo, de entre os quais se destacam a hipertensão arterial, responsável por 13% das mortes globais, o tabagismo (9%), a hiperglicemia (6%), o sedentarismo (6%), o sobrepeso e obesidade (5%), refletidas no aumento do risco de doenças crónicas como doença cardíaca e diabetes, com consequente significado na perda de anos de vida saudável e mortes cardiovasculares, principalmente de doença isquémica do coração.

O controlo dos fatores de risco pode ser efetuado pelos decisores políticos, através do desenvolvimento de medidas legislativas; pelas pessoas a nível individual através da vinculação a comportamentos saudáveis que incluem adoção de dieta saudável, prática de atividade física regular, abstinência do consumo de tabaco; e ainda pelos profissionais de saúde, não só através do tratamento das pessoas em risco mas, preferencialmente, através do rastreio e diagnóstico precoce.

A intervenção realizada, embora de carácter ocasional, possibilitou avaliar de forma global o indivíduo, identificar fatores de risco e relacionar os parâmetros avaliados com patologias associadas a doença cardiovascular e aos comportamentos de gestão do regime terapêutico, o que foi conseguido através do estabelecimento de uma comunicação terapêutica efetiva. O desconhecimento por parte dos participantes relativo à interpretação dos parâmetros avaliados induz a necessidade de incrementar intervenções de promoção da saúde que permitam suprir necessidades de literacia em saúde neste âmbito. O comprometimento verbalizado pelos participantes relativamente à sua condição de saúde e a motivação para adoção de comportamentos de gestão do regime terapêutico veio dar voz à diretriz da Direção-Geral da Saúde (2003) que apela à priorização da atenção às pessoas com fatores de risco e com história pessoal ou familiar de doença cardiovascular.

Conclusão

Este estudo permitiu identificar uma prevalência elevada de fatores de risco cardiovascular numa amostra populacional ocasional, sensibilizar os participantes para áreas relacionadas com a sua saúde e orientar os casos sinalizados para uma adequada abordagem terapêutica, o que nos permite concluir que este tipo de intervenção também pode encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde.

Referências bibliográficas

- LOTUFO, P. *O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares*. São Paulo: Rev Med, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Doenças cerebro-cardiovasculares em números – 2013*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Hipertensão arterial: Definição e classificação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa nacional de Prevenção e controlo da diabetes*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Risco global cardiovascular*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003.
- OMS. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risk, 2009 [consultado 9 abril 2014.]. Disponível em: www.who.int
- PERDIGÃO, C. A importância de um estilo de vida saudável em prevenção secundária. *Revista Fatores de Risco* [Sociedade Portuguesa de Cardiologia]. 2013, 28, 4-6.
- SARGENTO, D. Fatores de risco cardiovasculares e a sua prevenção no doente idoso. *Revista Fatores de Risco* [Sociedade Portuguesa de Cardiologia]. 2011, 22, 70-75.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE ATROSCLEROSE. *Recomendações Portuguesas para a prevenção primária e secundária da aterosclerose*. [s/d]

► Cancro do colo do útero – agir para prevenir

Maria de Jesus Pires¹ & Maria de Lourdes Varandas²

¹CHLO-Hospital D. Estefânia, Enfermeira.

² Escola Superior de Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Contactos: mj.pires7@gmail.com • lcosta@esel.pt

Resumo

Introdução: O cancro do colo do útero (CCU) constitui um importante problema de saúde da mulher, sendo atualmente, uma patologia que pode ser evitada e controlada, na medida em que se conhecem os fatores de risco. Neste sentido, são de extrema importância as estratégias de enfermagem no âmbito da prevenção primária e secundária do CCU, bem como as intervenções sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) através de um processo de educação para a saúde (EpS). **Metodologia:** O projeto de intervenção comunitária foi realizado no ACES Lisboa Central, numa USF e teve como objetivo geral “promover o autocuidado das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, inscritas na USF, relativamente aos comportamentos preventivos do HPV e CCU”. Seguiu-se a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares (1990) e Imperatori e Giraldes (1993) e como referencial teórico recorremos à Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (1995). Para o diagnóstico de situação, aplicou-se um questionário para a colheita de dados, designado “Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos” (Vicente 2006). **Resultados:** Identificados os problemas, estes foram priorizados segundo a grelha de análise, tendo resultado como problemas prioritários: deficit de conhecimentos relacionado com os fatores de risco do CCU; deficit de conhecimentos relacionado com o método de rastreio do CCU (diagnóstico CIPE ® Versão 2). **Discussão:** As intervenções selecionadas ocorreram ao nível da prevenção primária, optando-se por uma estratégia de intervenção individual alicerçada na EpS, tendo em consideração os domínios de aprendizagem. **Conclusão:** A avaliação de acordo com os indicadores de atividade, adesão e participação, sugere alterações significativas ao nível das cognições, o que nos leva a admitir futuros ganhos em saúde, na população abrangida.

Palavras-chave: Cancro do colo do útero; vírus do papiloma humano; autocuidado; educação para a saúde.

Abstract

Introduction: Cervix' cancer (cervical cancer) is a major health problem to women, currently being a condition that can be prevented and controlled, being known the risk factors. In this matter, are extremely important strategies of nursing in primary and secondary prevention of cervical cancer, as well as interventions on social determinants of health (SDH) through a process of health education (HE). **Methodology:** The community intervention project was conducted in ACES Lisboa Central, a USF, and had as main objective to "promote self-care of women of age between 20 and 64 years, enrolled at USF, to engage preventive conducts HPV and cervical cancer". It was followed the methodology of Planning in Health, according to Tavares (1990) and Imperatori and Giraldes (1993), as the theoretical framework and appealed to the Theory of Dorothea Orem Self Care (1995). For the diagnosis of the situation, we applied a questionnaire for data collection, named "Cancer of the cervix: knowledge and behavior" (Vicente 2006). **Results:** Identified the problems, these were prioritized according to the Grid Analysis and resulted as priority issues: deficit associated with the risk factors of cervical cancer knowledge; knowledge deficit related to the method of screening for cervical cancer (diagnosis CIPE ® Version 2). **Discussion:** The selected interventions occurred at the level of primary prevention, choosing the strategy of individual intervention established in HE, considering the learning domains. **Conclusion:** The evaluation according to indicators of activity, membership and participation, suggests significant level of cognitions, which leads us to admit future health gains, changes in the target population.

Keywords: Cervix cancer; human papillomavirus; self-care; health education.

Introdução

O cancro do colo do útero (CCU) constitui um problema de saúde da mulher, tanto em Portugal como no resto do mundo, causado por uma multiplicidade de fatores e com repercussões a vários níveis, quer físicos, emocionais, mentais e também económicos, que afeta não só a mulher mas também a família. Observando os dados estatísticos acerca do CCU da Organização Mundial de Saúde (OMS) verificamos que a nível mundial "current estimates indicate that every year 529,828 women are diagnosed with cervical cancer and 275,128 die from the disease." (WHO/ICO 2010). O mesmo documento faz referência a uma projeção do número de novos casos de CCU para 2025 segundo a qual se prevê que serão diagnosticados 720,060 novos casos e destes haverá 395,095 mortes (WHO/ICO 2010).

O vírus do papiloma humano (HPV) é responsável pela patogénese do CCU. É também considerado o segundo carcinogénico mais importante (SPG 2010, p. 3). A Direção Geral de Saúde (2008, p. 8) reconhece que:

o HPV é responsável por um elevado número de infeções, que na maioria das vezes são assintomáticas e de regressão espontânea. Pode, no entanto, originar lesões benignas, como as verrugas anogenitais/condilomas acuminados e as lesões benignas da orofaringe, e, em situações relativamente raras, pode evoluir para cancro, com destaque especial para o cancro do colo do útero (CCU).

Para que se desenvolva um CCU, é necessária a ocorrência de uma infeção persistente pelo HPV, aspeto enfatizado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) na Reunião de Consenso Nacional sobre a Vacinação contra o HPV ao sublinhar que “não há possibilidade de desenvolver um CCU na ausência de uma infeção por HPV” (SPG 2010, p. 4). A *World Health Organization* (WHO) destaca a importância para determinados fatores de risco associados à infeção por HPV para o aparecimento desta patologia ao reconhecer:

HPV is a necessary cause of cervical cancer, but it is not a sufficient cause. Other co-factors are necessary for progression from cervical HPV infection to cancer. Tobacco smoking, parity, oral contraceptive use, and co-infection with HIV have been identified as established cofactors. (WHO 2010, p. 46).

Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem a 1.ª linha no que concerne à prevenção e promoção da saúde das pessoas/famílias/grupos/comunidades. A prevenção primária é, assim, a estratégia principal na erradicação do CCU, através de ações educativas, planeadas e adequadas, orientadas para as necessidades das mulheres e contextualizadas no ambiente social, cultural e económico em que os grupos/comunidades estão inseridos. Só um grupo ou uma comunidade bem informada e esclarecida sobre o CCU, suas causas e sintomas, fatores de risco e formas de prevenção, estará apto a compreender as necessidades de saúde e a participar de forma ativa e esclarecida na resolução de problemas na comunidade, exercendo o seu direito de cidadania. O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 (p. 3) realça este aspeto ao referir que:

a Cidadania em Saúde reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de pro-atividade, compromisso e auto controlo do cidadão (capacitação), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e colectiva (participação activa/empowerment).

A Educação para a Saúde (EpS) aplicada a esta temática é a melhor estratégia para capacitar a mulher a cuidar da sua saúde, a tomar decisões esclarecidas e responsáveis, a saber o porquê das coisas, valorizando as potencialidades únicas de cada uma. Como tal, a EpS segundo Carvalho (2006, p. 20) “deve integrar o processo de educação comunitária, na qual os profissionais de saúde desempenham uma fatia do grande bolo educativo e não se devem assumir como únicos atores neste processo”. Neste sentido, o objetivo do projeto é promover o autocuidado das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, inscritas na USF, relativamente aos comportamentos preventivos do HPV e CCU.

Metodologia

O projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido segundo a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde. Este é definido, segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 23) “como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócioeconómicos”.

Este projeto foi desenvolvido no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Central, numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

O referencial teórico foi a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem - Sistema de Apoio Educação (2001). Na sua teoria do autocuidado, Orem defende que a enfermagem surge para ajudar o indivíduo nas atividades de autocuidado que ele não consegue realizar sozinho. No entanto, o papel do enfermeiro não é o de substituto do indivíduo, mas sim de educador através da implementação de estratégias que tenham como objetivo levar o indivíduo a alcançar a máxima autonomia. O Sistema de Apoio – Educação é o que melhor se adequa na medida em que o indivíduo é capaz de se autocuidar mas precisa de apoio, orientação e conhecimento que lhe será transmitido pelo enfermeiro através de estratégias promotoras do autocuidado devendo ter-se em conta os domínios de aprendizagem: cognitivo (pensar), afetivo (sentir) e psicomotor (agir). Neste contexto, recorremos à Teoria Cognitiva visto que a aprendizagem é o desenvolvimento de padrões que fornecem um guia potencial para o comportamento. Deste modo, pretendemos motivar a população para novas aprendizagens relacionadas com o CCU e o HPV, precursoras do autocuidado, levando à modificação de comportamentos e promoção da saúde.

Participantes

A população-alvo foi constituída pelas utentes do sexo feminino inscritas na USF com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, num total de 4408 utentes. A amostra foi constituída por 144 utentes que foram selecionadas tendo em consideração os critérios de inclusão e de exclusão. Definiram-se como critérios de inclusão: estar inscrita na USF Sétima Colina, ter entre 20 e 64 anos de idade, não ter patologia do colo do útero, não ter realizado histerectomia e aceitar participar no projeto. Relativamente aos critérios de exclusão foram definidos os seguintes: utentes que já tiveram ou estão em fase de tratamento por patologia do colo do útero, utentes histerectomizadas, utentes que possuam incapacidade física e/ou mental e utentes que não aceitem responder ao questionário. Optou-se pela amostra não probabilística acidental, dado que se pretendia incluir no estudo o maior número possível de utentes.

Instrumento de colheita de dados

Utilizou-se o questionário “Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos” (Vicente 2006) composto por duas partes, sendo a primeira correspondente à caracterização sócio-demográfica das mulheres, e a segunda parte, constituída por 19 questões simples e fechadas que abrangem as seguintes dimensões: conceito de CCU; fatores de risco; sintomatologia; causas do CCU; diagnóstico; medidas de prevenção; qual o tipo de exame de rastreio, início e regularidade de realização; forma de obtenção de informação acerca do CCU; comportamento da mulher perante uma infeção vaginal; dúvidas que a mulher gostaria de esclarecer sobre o CCU.

Procedimentos

Após a identificação dos problemas de saúde da população, formulou-se o seguinte diagnóstico de enfermagem, utilizando a taxonomia da CIPE® Versão2: Autocuidado diminuído por parte da população, relacionado com o deficit de conhecimentos acerca dos fatores de risco, sintomatologia e método de rastreio do CCU.

Para a priorização dos problemas encontrados na fase anterior, optou-se pela grelha de análise considerada “um procedimento semiquantitativo que permite ordenar problemas pela

aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotômicas” (Imperatori e Giraldes 1993, p. 74). Resultaram como problemas prioritários: *deficit* de conhecimentos relacionado com os fatores de risco do CCU; *deficit* de conhecimentos relacionado com o método de rastreio do CCU (diagnóstico CIPE ® Versão 2).

Considerando a temática em causa e os problemas priorizados definiu-se como objetivo geral: “promover o autocuidado das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, inscritas na USF, relativamente aos comportamentos preventivos do HPV e CCU.”

Nesta etapa do planeamento em saúde, definiram-se os seguintes objetivos específicos: desenvolver os conhecimentos da população sobre o HPV e a relação com o CCU; consciencializar a população para os fatores de risco do HPV e CCU; sensibilizar a população para a importância da realização do rastreio do CCU; sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do CCU. Estabeleceram-se metas ou objetivos operacionais, bem como as atividades e os resultados pretendidos com a sua execução. Foram traçados os seguintes objetivos operacionais: que pelo menos 50% da população saiba o que é o HPV, como se transmite e quais as medidas de prevenção; que pelo menos 50% da população saiba indicar três fatores de risco do CCU; que pelo menos 50% da população saiba identificar qual o método de rastreio do CCU e com que regularidade deve ser realizado; que pelo menos 50% da população saiba qual a relação existente entre HPV e CCU; que pelo menos 50% da equipa de enfermagem participe na ação de formação.

A etapa seguinte é a seleção das estratégias mais adequadas, que permitam dar resposta aos problemas de saúde considerados prioritários e consequentemente, atingir os objetivos fixados. Para Imperatori e Giraldes (1993, p. 87) a finalidade de uma estratégia é “propor novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados e inflétir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde”.

Análise dos resultados

Optou-se por uma estratégia de intervenção individual alicerçada na EpS, tendo em consideração os domínios de aprendizagem. Em qualquer processo de EpS é fundamental ter em conta a pessoa/família/grupo/comunidade como um todo, ou seja, nas suas diferentes dimensões: cognitiva, social, cultural, emocional e psicomotora. Na fase da preparação operacional-programação, foram desenvolvidas algumas atividades, tendo em conta as metas estabelecidas: 120 sessões individuais de educação para a saúde, tendo como objetivos: capacitar a população para a aquisição de comportamentos preventivos do HPV e CCU; realização de um folheto informativo entregue após as sessões individuais; realização de um cartaz informativo dirigido à população em geral, afixado na USF, na Junta de Freguesia da área e numa instituição social da comunidade; uma ação de formação em serviço, tendo como objetivo: sensibilizar a equipa de enfermagem da USF para a temática do cancro do colo do útero. Realizou-se também uma sessão de grupo de EpS numa instituição social daquela comunidade, que presta assistência a mulheres em situação de prostituição com o objetivo de capacitar este grupo de mulheres para a aquisição de comportamentos preventivos do HPV e CCU.

Discussão dos resultados

A avaliação foi feita através dos indicadores definidos para cada atividade. Assim, num total de 144 participantes que constituíam a população-alvo, foram efetuadas 120 sessões individuais. Desta forma, conseguiu-se uma adesão de 83,3%, verificando-se também que 83,3% das participantes respondeu corretamente às questões colocadas no final da sessão para avaliação dos conhecimentos adquiridos. Atendendo à meta traçada de 50%, consideramos que o objetivo foi alcançado. Para a ação de formação em serviço, foram definidos indicadores de atividade, adesão e participação. Assim, estiveram presentes 6 dos 8 enfermeiros que constituem a equipa, obtendo-se uma adesão de 75% e uma participação de 100%, tendo os formandos classificado a ação entre o Bom e Muito Bom. Mais uma vez, a meta de 50% inicialmente traçada, foi ultrapassada, pelo que este objetivo foi alcançado. Em relação à sessão de grupo, conseguiu-se motivar e despertar o interesse das participantes, no entanto ficou aquém das expectativas pela fraca adesão verificada. De qualquer modo, embora o objetivo não tenha sido alcançado na totalidade, consideramos que o foi em parte.

Finalmente, podemos afirmar que os objetivos delineados foram atingidos, o que nos leva a reconhecer que as intervenções na comunidade, no âmbito da educação para a saúde e da prevenção primária, se afiguram como estratégias fulcrais na capacitação e promoção do autocuidado das populações, que se traduz em ganhos para a saúde, relativamente ao controlo das infeções pelo HPV e ao CCU.

Conclusões

A enfermagem de saúde comunitária tem como foco central de cuidados, os indivíduos/famílias/grupos inseridos numa comunidade, exigindo da parte dos enfermeiros especialistas uma visão abrangente, global e holística integrando como estratégia-chave a prevenção primária e secundária da doença, a promoção e a educação para a saúde. Assim, urge desenvolver intervenções dirigidas à capacitação dos indivíduos/famílias/grupos/comunidades para a autonomia e autocuidado. Nesta linha, torna-se de grande importância o desenvolvimento de projetos de saúde utilizando a metodologia do planeamento em saúde.

Considerando o diagnóstico da situação de saúde, foi possível verificar o desconhecimento da população sobre as formas de prevenção, sintomatologia e método de rastreio do CCU, aspetos fundamentais na prevenção deste tipo de neoplasia. Deste modo, estamos convictas de que a implementação de estratégias de prevenção, promoção e EpS, bem como o desenvolvimento de campanhas de divulgação nesta temática, mobilizando parcerias entre as diversas instituições e os cidadãos, seriam eficientes estratégias promotoras da autonomia, da cidadania e da saúde individual e coletiva das comunidades. Por outro lado, o envolvimento dos cidadãos em matéria de saúde potencia a participação comunitária com ganhos em saúde. A continuidade da implementação de projetos comunitários deste tipo, bem como a formação contínua dos enfermeiros, evidenciam-se como estratégias fundamentais na nossa prática clínica conducentes à melhoria da qualidade dos cuidados baseados no pensamento crítico, na análise reflexiva e na evidência científica.

Referências bibliográficas

CARVALHO, A. e CARVALHO, G. *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.

IMPERATORI, Emilio e GIRALDES, Maria Rosário. *Metodologia do planeamento da saúde*. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Classificação internacional para a prática de enfermagem. CIPE®. Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

OREM, Dorothea E. *Nursing: Concepts of practice*. 6ª ed. St Louis: Mosby – A Harcourt Health Sciences Company, 2001. ISBN 0-323-00864-X.

OREM, Dorothea E. *Nursing: Concepts of practice*. 3ª ed. NY: McGraw Hill Book Company, 1995. ISBN – 0-8151-6552-8.

PORTUGAL. *Vacinação contra infeções por vírus do papiloma humano (HPV)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, Comissão Técnica de Vacinação, 2008 [consultado 8 janeiro 2013]. Disponível em: www.dgs.pt

PORTUGAL. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde. Eixos Estratégicos - Cidadania em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, 2011 [consultado 10 fevereiro 2013]. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_31_Cidadania em Saúde 2013_01_17.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_31_Cidadania%20em%20Saude%202013_01_17.pdf)

SPG [Sociedade Portuguesa De Ginecologia]. *Vacinas contra o HPV*. Reunião de Consenso Nacional, Cascais, 2010 [consultado 10 fevereiro 2013]. Disponível em: www.spginecologia.pt/noticias/vaninas-contyra-o-hpv.html

WHO [World Health Organization]. *Human papillomavirus and related cancers*, 2010 [consultado 10 fevereiro 2013]. Disponível em: www.who.int/hpvcentre

► Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde primários

Carina Ferreira¹, Manuel Brás² & Eugénia Anes³

¹ Unidade Local de Saúde do Nordeste. Unidade Hospitalar de Mirandela. Mirandela Portugal. Enfermeira.

² Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança, Departamento de Enfermagem, NIII. Bragança Portugal. Professor adjunto.

³ Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança, Departamento de Enfermagem, NIII. Bragança Portugal. Professora adjunta.

Contacto: carinaferreira@live.com.pt • mambras@gmail.com • eugenia@ipb.pt

Resumo

Introdução: A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em cuidados de saúde primários, deve ser tida em conta pelos gestores das instituições, uma vez que a satisfação dos utentes constitui uma realidade pertinente e é um elemento estrutural dos serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, baseado numa abordagem quantitativa, cuja população-alvo foram 162.318 utentes em cuidados de saúde primários. Resultou uma amostra composta por de 693 utentes, obtida por amostragem não probabilística accidental. Foi utilizado um formulário, para os dados sociodemográficos e aplicada a escala “Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde-SUCECS₂₆” de Ribeiro (2003). **Resultados:** No nosso estudo, de uma forma global, a maioria dos utentes está satisfeita com os cuidados de enfermagem recebidos (92.2%). Existem diferenças em relação ao género, idade, habilitações literárias, estado civil, profissão, centro de saúde (CS), motivo da consulta e o número de consultas de enfermagem por ano. **Discussão:** Os resultados da presente investigação são corroborados pelos resultados obtidos por diversos autores, entre os quais destacamos Ribeiro (2003) e Alves (2007). **Conclusão:** Concluímos que os níveis de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários estão relacionados com várias variáveis sociodemográficas e de caracterização, devendo portanto ser tidas em consideração ao nível da tomada de decisão, objetivando maiores níveis de satisfação e maiores ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Satisfação; qualidade; cuidados de enfermagem.

Abstract

Introduction: The evaluation of the quality of nursing cares provided in primary health care, should be taken into account by the institutions managers, since the users satisfaction is a relevant reality and it is a structural element of health services. **Methodology:** It is an explanatory descriptive study, based on a quantitative approach, whose target population was 162.318 users in primary health care. It resulted a sample made up of 693 users, obtained by a not probabilistic accidental sampling. A form was used for the sociodemographic data and it was applied the scale “Users satisfaction with the nursing cares in the health centre – SUCECS₂₆” by Ribeiro (2003). **Results:** In our study, globally, most of the users are satisfied with the nursing cares received (92.2%). There are some differences though as far as gender, age, qualifications, marital status, job, CS, reason for the medical consultation and the number of nursing consultations per year. **Discussion:** The results of this research are supported by the results obtained by various authors, among which stand out Ribeiro (2003) and Alves (2007). **Conclusion:** We conclude by saying that the users degree of satisfaction with nursing cares in primary health care are related to several sociodemographic and characterization variables, and these should therefore be taken into consideration at the level of decision making, aiming at better levels of satisfaction and health gains.

Keywords: Satisfaction; quality; nursing care.

Introdução

Em Portugal, é reconhecida a opinião do utente, encontrando-se legislada na Base XXX da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto).

A Direção Geral de Saúde considera que existem várias áreas prioritárias de investigação em serviços de saúde, nomeadamente o “estudo das perceções e da satisfação do cidadão em relação aos serviços de saúde, ao acesso à informação e ao desempenho dos sistemas de reclamação” (Ministério da Saúde 2004, p.74).

O estudo desta problemática vai de encontro ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), “a satisfação dos utentes/clientes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador de qualidade dos cuidados prestados” (OE 2005, p. 52).

Esta é uma área que tem vindo a crescer em termos de relevância e significado no âmbito da avaliação e gestão dos serviços de saúde. A crescente consciencialização do utente relativamente à saúde, tem colocado nas últimas décadas as organizações perante a necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Os estudos sobre a satisfação dos utentes devem refletir a prática de enfermagem e servir essencialmente para a implementação de mudanças. Assim, a satisfação do utente pode ser encarada como um dos espelhos que reflete a qualidade em saúde, a qual é potenciada de melhor bem-estar, que se pode e deve refletir nos ganhos em saúde.

Foi objectivo do estudo avaliar o grau de satisfação dos utentes dos Centros de Saúde da ULSNE face aos cuidados de enfermagem, através da aplicação da escala de satisfação do utente com os cuidados de enfermagem nos Centros de Saúde - SUCECS₂₆ e a sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Metodologia

Para a concretização da presente investigação delineámos um estudo descritivo exploratório, baseado numa abordagem quantitativa.

Participantes: A amostra é constituída por utentes que recorreram à ULSNE, no período compreendido entre 15 de agosto e 15 de setembro de 2012. No total é formada por 693 utentes, os quais obedeceram aos critérios de inclusão. Sendo eles: ser utente da ULSNE, maior de 18 anos, consciente e orientado no tempo e no espaço e, depois de devidamente informado sobre os objetivos, aceitar voluntariamente nele participar.

Instrumento: Optamos por um formulário composto por duas partes: a primeira alude aos dados de caracterização sociodemográfica e clínica, a segunda é composta pela versão da escala de Satisfação do utente com os cuidados de enfermagem nos Centros de Saúde: SUCECS₂₆, cuja autorização para uso da escala, nos foi gentilmente cedida pela sua autora (Ribeiro 2003). A escala foi validada para a população Portuguesa.

O formulário SUCECS₂₆ é composto por 26 itens, respondidas numa escala tipo *Likert* e avalia as seguintes dimensões: qualidade na assistência, individualização da informação, envolvimento do utente, informação dos recursos, formalização da informação e promoção do elo de ligação.

Procedimentos: Foram cumpridos os princípios éticos, obtendo-se a autorização da autora para a aplicação da escala, a autorização institucional e os consentimentos individuais dos utentes.

Análise e discussão dos resultados

A amostra é constituída por 693 utentes, verificando-se um predomínio do género feminino, dos quais 445 (64.2%) são do sexo feminino e 248 (35.8%) do género masculino.

A faixa etária predominante é a dos 25 a 50 anos, com 354 (51.1%) dos inquiridos, seguindo-se a dos 51 a 75 anos, com 244 (35.2%) dos inquiridos. A idade mínima registada foi de 18 anos e a máxima 89 anos, sendo a média 47.6 anos e o desvio padrão 16.85 anos.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos inquiridos 509 (73.4%) são casados ou vivem em união de facto.

Quanto às habilitações literárias, predomina o ensino básico ou secundário, com 356 (51.4%) de inquiridos, há 146 (21.1%) inquiridos com habilitação superior e os restantes 191 (27.6%) não sabem ler nem escrever ou sabem ler e escrever.

Relativamente ao meio de residência, 372 (53.7%) indicam que residem no meio urbano e 321 (46.3%) residem no meio rural.

Na situação laboral, 400 (57.7%) indivíduos são ativos, 258 indivíduos (37.2%) são não ativos e os restantes 35 (5.1%) indivíduos são estudantes. No que concerne à profissão dos ativos, há uma predominância do grupo 5 - trabalhadores dos serviços pessoais com 97 (24.3%) inquiridos e do grupo 2 - especialistas das atividades intelectuais e científicas, com 84 (21%).

Quanto ao centro de saúde, há uma predominância das três principais cidades, Bragança com 145 (21%), Mirandela com 108 (15.6%) inquiridos e Macedo de Cavaleiros com 51 (7.4%) dos inquiridos. Dos inquiridos, 135 (19.5%) deslocam-se ao centro de saúde para consultas de planeamento familiar, 128 (18.5%) consultas de hipertensão, 121 (17.5%) fazem tratamentos/injeções, 101 (14.6%) recorrem ao serviço de vacinação e 95 (13.7%) têm consultas de diabetes. A maioria dos inquiridos desloca-se ao centro de saúde 2 ou 3 vezes por ano, com predominância das duas consultas anuais, com 222 (32%) inquiridos.

Na Tabela 1, apresentamos os resultados dos itens da satisfação com os cuidados de enfermagem (SUCECS₂₆) é de salientar o elevado nível de satisfação, apresentando uma percentagem superior a 92.2%.

No que respeita às variáveis sociodemográficas e clínicas e a sua relação com a satisfação dos utentes dos centros de saúde da ULSNE face aos cuidados de enfermagem, verificamos existir relação estatística com algumas variáveis. Assim, existe relação entre a satisfação e as variáveis género, idade, habilitações literárias, estado civil, profissão, Centro de Saúde, motivo da consulta e número de consultas de enfermagem por ano. As variáveis que não diferem estatisticamente em relação à satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde são: situação laboral e local de residência.

Tabela 1 - Satisfação com os cuidados de enfermagem nos CS: SUCECS₂₆

	SO	I	NSNI	S
Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	0.1%	0	7.4%	92.5%
Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	0.1%	0	6.3%	93.5%
Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	0.3%	0.3%	7.2%	92.2%
Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	0.3%	0.1%	7.2%	92.4%
Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	0	0.1%	5.6%	94.2%
Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	0	0	6.9%	92.9%

Legenda: SO – sem opinião, I – insatisfeito; NSNI – nem satisfeito nem insatisfeito; S – Satisfeito

Relativamente ao género dos utentes e à sua relação com a satisfação face à prática dos cuidados de enfermagem, dimensionalmente e globalmente, apresentam diferenças estatísticas significativas. Os resultados demonstram que os inquiridos sugerem níveis de satisfação diferente face à “*Informação dos recursos*” e “*Formalização da informação*”, em função do género, sendo as mulheres aquelas que apresentam médias mais elevadas em ambas as dimensões. Globalmente, também são as mulheres que apresentam médias mais altas. Os resultados obtidos corroboram com Ferreira et al. (2001) e Alves (2007).

Nas dimensões “*Individualização da informação*” e “*Informação dos recursos*” da satisfação face à prática dos cuidados de enfermagem, verificam-se diferenças estatísticas significativas tendo em conta a idade dos utentes. Através do teste de Scheffé ou Tamhane, podemos afirmar que os inquiridos com idades compreendidas entre os 51 e os 75 anos estão mais satisfeitos do que os que têm menos de 25 anos, ou entre 25 e 50 anos no que concerne à “*Individualização da informação*”. Os inquiridos com idade superior a 75 anos estão mais satisfeitos do que os que têm idades compreendidas entre os 51 e os 75 anos no que concerne à “*Informação dos*

recursos". Em termos globais, não se verificaram evidências estatísticas significativas. Estes resultados vão de encontro com o estudo de Sing et al. (1999), Hall e Dornan (1990), Johansson et al. (2002), McIntyre et al. (2002), Hespanhol et al. (2005), Abrantes (2009), Pimentel (2010), Chaves, Duarte, Almeida et al. (2012), Chaves, Duarte, Mateus et al. (2012) e Carvalho (2013).

Existem diferenças estatísticas significativas, relativamente ao nível de escolaridade dos utentes e à sua satisfação face à prática dos cuidados de enfermagem na dimensão "Individualização da informação". Através do teste de Tamhane, verificamos que os inquiridos com menos habilitações literárias estão mais satisfeitos do que os restantes. Em relação à satisfação global, não se encontraram evidências estatísticas significativas. Estes resultados vão de acordo com os estudos de Hall e Dornan (1990), Sing et al. (1999), Ribeiro (2003), Hespanhol et al. (2005), Alves (2007), Lourenço (2008), Pimentel (2010) e Chaves et al. (2012).

Relativamente à variável estado civil e à sua relação com a satisfação face à prática dos cuidados de enfermagem, somente as dimensões "Individualização da informação" e "Informação dos recursos" apresentaram diferenças estatísticas significativas. O teste de Scheffé mostrou-se inconclusivo, relativamente às diferenças existentes entre grupos. Ao nível da satisfação global, não se verificaram diferenças com significado estatístico entre os grupos em análise, sendo que os utentes que atingiram médias mais elevadas são os viúvos. Ribeiro (2003) corrobora os presentes resultados.

No que respeita à profissão dos utentes, encontraram-se diferenças estatísticas significativas nas dimensões "Informação dos recursos", "Formalização da informação" e "Promoção de elo de ligação" da satisfação face à prática dos cuidados de enfermagem. Tanto numa análise global como dimensional, realça-se com maior nível de satisfação os trabalhadores do grupo 3 (técnicos e profissionais de nível intermédio) em relação aos do grupo 2 (especialistas das actividades intelectuais e científicas). Hespanhol et al. (2005) corroboram estes resultados.

Tendo em conta o centro de saúde, existem diferenças estatisticamente significativas para a totalidade das dimensões. Em termo de satisfação global, verificam-se igualmente diferenças com significado estatístico, sendo que, os utentes que recorrem ao Centro de Saúde de Alfândega da Fé são aqueles que apresentam médias mais elevadas de satisfação, em oposição aos utentes que recorrem ao Centro de Saúde de Vimioso, que apresentam médias mais baixas.

Em relação ao motivo da consulta, também verificamos diferenças significativas nas dimensões "Individualização da informação", "Informação dos recursos", "Formalização da informação" e "Promoção de elo de ligação". Globalmente, verificaram-se igualmente diferenças com significado estatístico, sendo os utentes que recorrem por necessidade de apoio domiciliário aqueles que apresentam médias de satisfação mais elevadas, em oposição encontram-se os utentes que recorrem para controlo e vigilância da diabetes, apresentando estes, médias mais baixas. Alves (2007) corrobora os nossos resultados.

Relativamente ao número de consultas de enfermagem por ano, verificaram-se correlações estatisticamente significativas, nas dimensões "Individualização da informação", "Informação dos recursos", "Formalização da informação" e "Promoção do elo de ligação". Todas as correlações são no sentido direto, pelo que os utentes com maior número de consultas por ano estão mais satisfeitos. Hespanhol et al. (2005) e Alves (2007) corroboram os resultados do nosso estudo.

Conclusões

À luz do exposto, parece-nos poder afirmar que a satisfação é um tema complexo e de difícil avaliação, no entanto, inequivocamente indispensável quando o objetivo é o sucesso de uma instituição.

Concluimos que os níveis de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários estão relacionados com várias variáveis sociodemográficas e de caracterização, devendo portanto ser tidas em consideração ao nível da tomada de decisão, objetivando maiores níveis de satisfação e maiores ganhos em saúde. Os resultados obtidos mostram que os utentes mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem no CS, são os utentes do género feminino, mais idosos, viúvos, com menos habilitações literárias, técnicos e profissionais de nível intermédio, utentes do CS de Alfândega da Fé, que recorreram ao CS para apoio domiciliário e com mais consultas de enfermagem anuais.

Este trabalho de investigação acrescenta uma mais-valia sólida para o conhecimento da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, constituindo uma ferramenta sólida de apoio às instituições, devendo ser tida em conta ao nível da tomada de decisão. Objectivando maiores níveis de satisfação dos utentes, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Referências bibliográficas

- ABRANTES, M. C. G. *A satisfação dos utentes do Centro de Saúde de Ovar face aos cuidados de enfermagem*. Monografia de licenciatura, Porto, 2009.
- ALVES, M. J. P. *O serviço de atendimento permanente. Satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem*. Dissertação de mestrado, Porto, 2007.
- CARVALHO, M. A. R. Costa e S. *Satisfação dos imigrantes chineses com os cuidados de saúde primários*. Dissertação de mestrado, Coimbra, 2013.
- CHAVES, Cláudia et al. Satisfação dos utentes na consulta de enfermagem da diabetes. *Millenium*. 2012, 43, 29-45.
- FERREIRA, Pedro L. et al. Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: O caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001, 2, 53-62.
- HALL, J. A. e DORNAN, M. C. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science and Medicine*. 1990, 30(7), 811-818.
- HESPANHOL, A., RIBEIRO, O. e COSTA-PEREIRA, A. Assegurar qualidade no Centro de Saúde São João: Satisfação dos utentes. *Arquivos de Medicina*. 2005, 19(5-6), 191-197.
- JOHANSSON, P., OLÉNI, M. e FRIDLUNG, B. Patient satisfaction with nursing in the context health care: a literature study. Stockholm. ISSN 0283-9318. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002, 16(4), 337-344.
- LEI n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, n.º 195. Série I.
- LOURENÇO, B. M. M. *A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários*. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2008.
- McINTYRE, Teresa et al. (coords.) *A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Avaliação e divulgação*. Porto: Edição Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente. Comissão da Coordenação da Região do Norte, 2002. ISBN 972-734-242-6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano nacional de saúde: Prioridades* - Vol. I. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. 2005, 16, 52.

PIMENTEL, H. *Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores*. Dissertação de mestrado, Açores, 2010.

RIBEIRO, A. L. A. *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação para concurso de provas públicas para professor coordenador, Porto, 2003.

SING, H., HAQQ, E. e MUSTAPHA, N. Patients' perception and satisfaction with health care professionals in Trinidad and Tobago. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999, **77**(4), 356-360.

► A escola, a adolescência e a formação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários portugueses sobre sexualidade

Manuel Brás¹, M. Henriqueta Figueiredo², M. Manuela Ferreira³ & Ana Sofia Coelho⁴

¹Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança. Professor adjunto, PhD. Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, CINTESIS e NII.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto. Professora Coordenadora, PhD. Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, CINTESIS

³Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Professora Coordenadora, PhD. Enfermeira especialista em enfermagem de saúde pública, UICISA-dE

⁴Unidade Local de Saúde do Nordeste - Bragança. Enfermeira especialista em enfermagem comunitária. Mestre em enfermagem de saúde pública.

Contacto: mambras@gmail.com • henriqueta@esenf.pt • mfrederico@esenf.pt • ana.s.coelho@hotmail.com

Resumo

Introdução: A saúde e o bem-estar dos adolescentes são hoje evidenciados como determinantes do desenvolvimento humano, a afetividade, a formação de personalidades moral e socialmente sólidas relativamente à sexualidade, passam por atitudes pedagógicas, particularmente na adolescência, porque podem influenciar a saúde (Moura 1992). Promover a compreensão da sexualidade é tão imperativo, que seria inconcebível deixar ao acaso (Young 1995; Prazeres 1998). Se este processo adolescente decorrer de forma saudável, a sexualidade evoluirá sem grandes receios e ansiedades (Sampaio 2006). **Metodologia:** Quantitativa, amostra aleatória composta por 1735 enfermeiros que exerciam em 226 centros de saúde de Portugal. Colheita de dados feita por questionário, respeitando as considerações éticas. **RESULTADOS:** Dos enfermeiros (67,3%), considera que a escola não lhe proporcionou formação sobre sexualidade. Enfermeiros dos Açores (56,1%), Madeira (38,4%) e Sub-regiões Saúde Viana Castelo (48,8%), Porto (41,6%), Lisboa (35,4%), Guarda (34,7%), Castelo Branco (32,7%) apresentam percentagens superiores à média relativamente à formação sobre sexualidade. Análise replicada às Regiões de Saúde, permite inferir que os enfermeiros do Norte (36,3%), Açores (56,1%) e Madeira (38,4%) sugerem ter recebido formação sobre sexualidade. **Discussão:** Enfermeiros com formação sobre sexualidade, têm idades entre 22-30 anos. Da análise estatística ($p < 0,01$) podemos inferir que a formação sobre sexualidade dos enfermeiros, não é independente da escola frequentada, nem da Sub-região ($p < 0,001$) e Região de Saúde ($p < 0,001$) onde trabalham.

Conclusão: Enfermeiros com 22-30 anos têm 2,736 vezes mais probabilidades da escola lhes ter proporcionado formação sobre sexualidade que enfermeiros com idades entre 31-68 anos. Enfermeiros de escolas privadas apresentam 1,367 vezes maiores probabilidades de ter recebido formação sobre sexualidade que os das escolas públicas. Educação afetivo-sexual deve entender-se como direito de todos, colaborando a família, a escola e a saúde pelo que é imperativo que as escolas repensem os seus programas nesta área.

Palavras-Chave: Adolescência, sexualidade, enfermeiros, formação, CSP.

Abstract

Introduction: Nowadays, the health and well-being of adolescents are shown to be determinants of human development. The affectivity, the building of morally and socially strong personalities relative to sexuality, undergo educational attitudes, particularly in adolescence, because they can influence health (Moura 1992). Promoting the understanding of sexuality is so imperative, that it would be inconceivable to leave it to happen by chance (Young 1995; Prazeres 1998). If this adolescent process occurs in a healthy way, sexuality will evolve without major fears and anxieties (Sampaio 2006). **Methodology:** Quantitative, random sample of 1735 nurses, who worked in 226 health centres in Portugal. Data collection was done by questionnaire, respecting ethical considerations. **Results:** 67.3% of the nurses believed that the school did not provide training on sexuality. Nurses from Açores (56.1%), Madeira (38.4%) and Health Sub-regions of Viana do Castelo (48.8%), Porto (41.6%), Lisboa (35.4%), Guarda (34.7%) and Castelo Branco (32.7%) had higher percentages than average with regard to sexual education. Analysis applied to the Health Regions, infer that nurses from the North (36.3%), Açores (56.1%) and Madeira (38.4%) should have had training about sexuality. **Discussion:** Nurses with training about sexuality, are aged between 22-30 years-old. From the statistical analysis ($p < 0,01$) we can infer that the sexual education of nurses is not independent of school attended, or the Sub-regions ($p < 0.001$) and Health Region ($p < 0.001$) in which they work. **Conclusion:** Nurses with 22-30 years-old are 2.736 times more likely to have had training about sexuality provided in school than nurses aged 31-68. Nurses from private schools are 1.367 times more likely to have received training about sexuality than those from public schools. Affective and sexual education should be understood as a right for all, and the contribution of family, school and the health services is very importante. Given the above information, it is imperative that schools rethink their programs in this area.

Keywords: Adolescent sexuality, nurses, training, primary care.

Introdução

A adolescência e a sexualidade reclamam cada dia mais a atenção de todas as pessoas, visto ser uma problemática que pode atingir proporções que afetam o jovem, o grupo de pares os pais, a família, os professores, os profissionais de saúde e a sociedade em geral.

A adolescência, que literalmente significa "*amadurecer para ser adulto*", geralmente é considerada como um processo psicológico, social e de maturação que se inicia com as mudanças pubertárias. Sendo um período da vida que apresenta problemas específicos de harmonia, ativada pelas mudanças internas e pressões sociais, o jovem deve contudo evoluir no cami-

nho da independência. A discussão e reflexão acerca da sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro configuram uma possibilidade de instrumentalização dos estudantes para lidarem com as diversas questões que a sexualidade pode suscitar no cotidiano do cuidar em enfermagem, bem como realizá-lo de forma mais tranquila e despidida de dúvidas e constrangimentos (Sehnm et al. 2013). A atividade sexual dos adolescentes é uma realidade que pais e educadores e profissionais de saúde devem ter em apreço e não descurar (Navarro 1995; Andrade 1996; Sampaio 2006; Brás 2008; Sehnm et al. 2013). O grupo de amigos consolida-se e há uma procura nas relações afetivas. A rivalidade grupal desaparece e, doravante, a afetividade heterossexual (ou não) é o ponto dinamizador da sexualidade dos adolescentes. No grupo de adolescentes, a educação sexual deve estar orientada para a maturação psicosssexual, afetos, contracepção e planejamento familiar (Sampaio 2006; Sehnm et al. 2013).

Os profissionais de saúde devem proporcionar um clima que favoreça o diálogo, que permita dinamizar e estabilizar as diferentes opiniões, pois a sexualidade de cada um não deverá ser avaliada em termos dos padrões da moral dominantes (Serrão e Nunes 1998). O realce da educação sexual deve ser colocado na igualdade dos papéis sexuais, na tolerância face ao pluralismo de orientações e condutas sexuais. É nesta atmosfera de igualdade que os sentimentos de responsabilidade e autonomia se devem fortalecer (Serrão e Nunes 1998; Grande 1999; Sampaio 2006; Sehnm et al. 2013). Independentemente da forma como a sexualidade dos estudantes (de enfermagem) foi tratada ao longo da infância e adolescência, a escola não pode nem deve omitir ou marginalizar a discussão da sexualidade humana, se objetivamente tem como compromisso formar profissionais de qualidade que tenham do ser humano uma visão profundamente holística, quer no âmbito da sua atuação quer relativamente ao seu autocohecimento, como seres que se relacionam (Brêtas, Ohara e Querino 2008). Pelo que em nossa opinião, compreender a sexualidade, nossa e dos outros, se constitui como um aspeto da vida de tal forma imperativa e importante que não seria concebível que o seu conhecimento pudesse ser deixado à sorte (Young 1995; Brás 2008; Sehnm et al. 2013). Se, todo o processo adolescente ocorrer nesta esfera, de forma saudável, podemos dizer que a sexualidade do jovem irá evoluir sem grandes sobressaltos, receios, ansiedades ou reboços (Prazeres 1998; Sampaio 2006; Brás 2008).

Metodologia

Tendo como pano de fundo a sexualidade na adolescência, em particular a formação que as escolas proporcionam aos enfermeiros sobre esta esfera, aquando da sua formação de base. E definindo como principais objetivos: identificar a formação sobre sexualidade proporcionada pela escola aos enfermeiros que exerciam atividade em Cuidados de Saúde Primários (CSP) e relacionar esta formação com outras variáveis. Optamos por um estudo observacional descritivo transversal e correlacional de desenho quantitativo. PARTICIPANTES: Trata-se de um processo de amostragem probabilística, amostra aleatória simples, população de 5735 enfermeiros que exerciam atividade em CSP no final da 1.ª década do século XXI e que voluntariamente aceitaram participar no estudo. Trabalhamos com um erro amostral de 2,12% tendo obtido uma amostra de 1848 enfermeiros (excluímos 113 questionários) restaram 1735 enfermeiros de 226 centros de saúde de Portugal Continental e regiões autónomas, Madeira e Açores, que constituíram a nossa amostra. INSTRUMENTOS: Para a colheita de dados utilizamos um questionário, com questões fechadas e semiabertas, escala e cenário e ainda uma escala: *A perspecti-*

va dos enfermeiros dos CSP sobre a sexualidade na adolescência. PROCEDIMENTOS: O instrumento utilizado para recolha de dados foi previamente testado com o objetivo de avaliar o seu grau de explicitação e compreensão das questões (Quivy e Campenhout 1992). Houve a necessidade de reformular duas questões. O tempo médio de preenchimento, foi de cinquenta e cinco minutos. As instituições foram contactadas através dos seus coordenadores e secretários regionais, de forma a obter o apoio e autorizações necessárias. O pedido foi acompanhado do instrumento de colheita de dados, objetivos e metodologia de investigação. Foram levados em consideração todos os pressupostos no âmbito da investigação com seres humanos. A organização, apresentação e análise dos dados foram realizados com base no programa SPSS 16,0 for Windows e no InfoStat 2,0.

Análise dos Resultados

A população em estudo é composta por 1735 enfermeiros dos CSP de 226 centros de saúde do Continente e Regiões Autónomas da Madeira e Açores. Estamos cientes de poder fazer a extrapolação dos resultados para os restantes profissionais de enfermagem dos CSP.

As respostas obtidas através do instrumento de recolha de dados, devem ser tomadas como respostas tendencialmente adequadas ao que o inquirido espera que seja a resposta profissional, social e politicamente mais corretas.

Assim a análise dos resultados sugerem que dos 1735 enfermeiros que participaram no estudo (93,3%) são do sexo feminino e (6,7%) do sexo masculino, portanto uma profissão exercida maioritariamente por mulheres. A idade dos enfermeiros inquiridos varia de um mínimo de 22 a um máximo de 68 anos, com uma moda nos 39 anos. A distribuição das idades apresenta uma configuração assimétrica positiva, significando que a profissão de enfermagem dos CSP é relativamente jovem; tendo uma média de idades de 37,3 anos.

Constatamos ainda que (54,1%), dos enfermeiros vivem em meio urbano e (45,9%), em meio rural, (46,3%), vivem no interior e (46,2%), residem no litoral, ainda (4,2%) vivem na Madeira e (3,3%) residem nos Açores. A maior parte (79,9%), dos enfermeiros inquiridos, frequentou o ensino público. Relativamente à categoria profissional, (17,3%) são enfermeiros, (62,8%) enfermeiros graduados, (15,9%) são enfermeiros especialistas e (4%) são enfermeiros chefes. O tempo de exercício profissional dos enfermeiros varia de 1 a 44 anos, sendo o tempo mais frequente de 12 anos. A maior parte (75%), dos inquiridos é casada, (28,7%) tem filhos adolescentes, (10,1%) lida habitualmente com adolescentes e o grupo etário (jovem) que mais frequenta o centro de saúde em (85,2%) dos casos é o grupo entre os 15 a 20 anos, sendo a rapariga quem mais frequenta em (85,9%) das consultas.

Consideramos de extrema importância esta constatação, dos enfermeiros (67,3%), consideram que a sua escola não lhes proporcionou formação adequada sobre sexualidade.

Segmentando o estudo da formação dos enfermeiros sobre sexualidade em função da escola frequentada, e mercê das sub-regiões de saúde, onde exercem atividade, constatamos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores (56,1%), Viana do Castelo (48,8%), Porto (41,6%), Madeira (38,4%), Lisboa (35,4%), Guarda (34,7%) e Castelo Branco (32,7%) apresentam

uma proporção (superior à média nacional para a população inquirida) de enfermeiros que dizem ter recebido formação adequada sobre sexualidade na escola frequentada.

A mesma análise replicada segundo as Regiões de Saúde (ARS), permite ver que os enfermeiros associados às Regiões de Saúde: Norte (36,3%), Açores (56,1%) e Madeira (38,4%) sugerem que a sua escola lhes proporcionou formação adequada sobre sexualidade; enquanto que os enfermeiros das restantes Regiões de Saúde (ARS) são de opinião contrária. Pela aplicação do teste de *Qui-Quadrado*, por simulação de Monte Carlo, podemos concluir que a adequação da formação sobre sexualidade recebida pelos enfermeiros na sua formação base não é significativamente independente das sub-regiões ($p < 0,001$), nem das Regiões de Saúde (ARS) ($p < 0,001$), onde exercem atividade.

H₁: A formação sobre sexualidade proporcionada pela escola aos inquiridos é influenciada pela idade, sexo e tipo de escola frequentada.

Os enfermeiros que receberam formação sobre sexualidade na sua formação base são sobretudo enfermeiros com 22-30 anos e provenientes de escolas privadas.

Com base no teste de *Qui-Quadrado* como ($p < 0,01$) podemos inferir que a formação sobre sexualidade proporcionada aos enfermeiros inquiridos não é significativamente independente do tipo de escola frequentada durante a sua formação de base. Dos enfermeiros oriundos do ensino privado (40,5%), obtiveram formação sobre sexualidade no seu curso de formação contra (30,8%) do ensino público.

Para avaliar a significância da idade, sexo e do tipo de instituição (Variáveis Independentes) sobre a probabilidade de o enfermeiro não ter recebido formação sobre sexualidade no seu curso (Variável Dependente), recorreu-se à regressão logística pelo método *Enter* e *Forward*: *LR-Likelihood Odds Ratio*. As variáveis Idade ($p < 0,001$) e Tipo de Ensino (1) ($p = 0,014$) apresentam efeito estatisticamente significativo sobre a probabilidade de o enfermeiro não ter recebido formação sobre sexualidade no curso. Assim, recorrendo ao método *Forward*: *LR-Likelihood Odds Ratio* ajustando-se um novo modelo, estatisticamente significativo com as variáveis Idade ($p < 0,001$; OR=2,736) e Tipo de Ensino ($p = 0,014$; OR=1,367).

Podemos concluir que um enfermeiro com 22-30 anos tem uma probabilidade 2,736 vezes maior de a sua escola lhe ter proporcionado formação sobre sexualidade que um enfermeiro de outra idade, 31-68 anos. Também inferir que um enfermeiro que provém de uma escola privada tem cerca de 1,367 vezes mais probabilidade de ter obtido na sua escola formação sobre sexualidade que um enfermeiro formado em escola pública.

H₂: Possuir formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos é influenciado pela idade, local de residência, habilitações, ter formação de base sobre sexualidade, ter filhos adolescentes, lidar habitualmente com adolescentes e ter formação específica para lidar com adolescentes. Pela análise do teste de *Qui-Quadrado*, como ($p = 0,081$), é interessante concluir que a existência de formação específica dos enfermeiros sobre sexualidade não depende da existência de formação sobre sexualidade no seu curso base.

Por sua vez, como ($p < 0,01$), podemos concluir que a existência de formação específica por parte dos enfermeiros inquiridos sobre sexualidade não é significativamente independente da idade, das habilitações literárias, do local de residência, e da existência de filhos adolescentes,

do hábito de lidar com adolescentes e de ter formação específica para lidar com adolescentes. Desta forma constatamos que a existência de formação específica sobre sexualidade está associada aos enfermeiros com 38-43 anos (16,9%) e com 44-68 anos (13,5%); aos enfermeiros com especialidade (28,4%) e com mestrado (35,3%); aos enfermeiros dos Açores (15,8%) e litoral (14,9%); aos enfermeiros com filhos adolescentes (17,7%), aos enfermeiros que lidam habitualmente com adolescentes (12,2%) e aos enfermeiros com formação específica para lidar com adolescentes (42,6%).

Discussão dos resultados

A sexualidade humana, é um dos domínios em que, de uma forma muito sublinhada, se encontram entrelaçados aspetos de ordem biológica, psicológica e sociocultural, cuja influência é determinante de atitudes e comportamentos (Prazeres 1998; Sampaio 2006; Sehnem et al. 2013). Os resultados em apreço no que concerne às variáveis sociodemográficas e formação dos enfermeiros, vêm de encontro aos dados do estudo realizado por Brás em 2002, que sugeriam o mesmo tipo de opinião.

Não obstante a situação da formação de base, uma análise mais detalhada dos dados sugere que a escola (academia), é mais tarde (através das especializações e mestrados) em termos relativos, responsável pela formação específica dos enfermeiros sobre sexualidade em (63,7%) dos mesmos. Contudo, na literatura de Enfermagem no Brasil, os estudos sugerem a falta de preparação dos enfermeiros para lidar com assuntos na esfera da sexualidade humana (Ferreira e Figueiredo 1997), evidenciando que os enfermeiros têm sido formados para lidar com os aspetos físicos e emocionais da doença, mas não com o desenvolvimento psicosssexual dos seres humanos (Zalar 1982).

Um outro estudo realizado por Pelá et al. (1995) concluíram que apenas 25% da amostra estudada havia abordado a sexualidade humana na sua formação académica. Nós diríamos que, na maioria das escolas, esta lacuna persiste, visto não existir uma unidade curricular específica sobre sexualidade humana. Muito embora, algumas unidades curriculares abordem alguns aspetos da sexualidade, não proporcionam os subsídios suficientes para o enfermeiro no contexto da prática atuar nesta área.

Logo, se o enfermeiro não recebe informação para lidar com a sexualidade humana, muito provavelmente não identificará, na colheita de dados (avaliação inicial), informações relevantes sobre essa área, o que irá inviabilizar a aplicação do processo de enfermagem.

Conclusões/ sugestões

Os enfermeiros que receberam formação sobre sexualidade na sua formação de base, têm idades compreendidas entre 22-30 anos e uma probabilidade de 2,736 vezes maior de a sua escola lhes ter proporcionado formação sobre sexualidade que os enfermeiros com idades entre os 31 e 68 anos. São enfermeiros formados no ensino privado, com 1,367 vezes mais probabilidades de terem recebido formação sobre sexualidade que os formados em escola pública. Muito embora a abordagem da sexualidade, não aconteça, como devia nos cursos de formação de base, a formação específica sobre sexualidade adquire-se através das especializações e mestrados em 63,7% dos casos. Pelo que a formação específica sobre sexualidade está

associada aos enfermeiros com 38-43 anos (16,9%) e 44-68 anos (13,5%); aos enfermeiros com especialidade (28,4%) e mestrado (35,3%).

Mercê dos resultados obtidos, e porque muitos dos enfermeiros vão lidar habitual e diariamente com jovens adolescentes, sugerimos às escolas superiores de enfermagem, que reformulem os seus currícula no sentido de dar maior ênfase à componente da sexualidade. Porque consideramos que o desenvolvimento de competências para assistir o utente nesta área é responsabilidade das instituições formadoras, sugerimos que o assunto “sexualidade humana” seja abordado no curso de licenciatura em Enfermagem. A ausência, ou a sua incipiente abordagem, pode refletir-se na assexualização do cuidado, na impessoalidade das relações, na ausência de diálogo, nas emoções contidas, entre outras perguntas que podem vir à tona no âmbito do processo de tomada de decisão.

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, M.I. *Labirintos da sexualidade*. Porto: Porto Editora, 1996.
- BRÁS, M.A.M. *Razão e emoção a sexualidade do adolescente a perspectiva do profissional de enfermagem*. Porto: ICBAS, Universidade do Porto, 2002.
- BRÁS, M.A.M. *A sexualidade do adolescente: a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Porto: ICBAS, Universidade do Porto, 2008.
- BRÊTAS, J. R. S., OHARA C. V. S. e QUERINO I. D. Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.* 2008, **21**(4), 568-74.
- FERREIRA, M.A. e FIGUEIREDO, N. M. A. Expressão da sexualidade do cliente hospitalizado e estratégias para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enf.* 1997, **50**(1), 17-30.
- GRANDE, N. A grande questão. In: *Jornal de Notícias*, 18 julho de 1999.
- MAIA, A. M., CAMPOS, I. e COSTA, O. Adolescentes e seus conhecimentos sobre a sexualidade. *Informar [Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição]*. 2001, **24**, 23-28.
- MOURA, L. S. A Adolescência e os seus problemas. *Revista Nascer e Crescer*. 1992, **1**(3), 151-154.
- NAVARRO, M. F. *Educação e saúde: Modelos de intervenção em saúde na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário*. Lisboa: PES, 1995.
- PELÁ, N. T. R., MELO, A. S., SANTANA, W. M. S. e NHAMBA A. L. A sexualidade humana no contexto da assistência de enfermagem. *Rev Bras Sexual Humana*. 1995, **6**(1), 99-113.
- PRAZERES, V. *Saúde dos adolescentes princípios orientadores*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 1998.
- QUIVY, R. e COMPENHOUDT, L. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Grádiva, 1992.
- SAMPAIO, D. *Lavrar o mar*. 1ª ed. Lisboa: Editorial Caminho, 2006.
- SEHNEM, G. D., RESSEL, L. B., JUNGES, C. F., SILVA, F. M. e BARRETO, C. N. A sexualidade na formação académica do enfermeiro. *Esc. Anna Nery*. 2013, **17**(1), 90-96.
- SERRÃO, D. e NUNES, R. *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998.
- YOUNG, I. et al. *Promover a saúde da juventude europeia*. Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, 1995.
- ZALAR, M. K. Role preparation for nurses in human sexual functioning. *Clin North Am*. 1982, **17**(3), 351-363.

► Como aprendem a comunicar os profissionais de saúde? O ensino das competências de comunicação centradas no doente

Isabel Silva¹, Glória Jólluskin², Rute F. Meneses³, Sofia Andrade⁴ e Hélder Pereira⁵

¹ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Professora Associada.

² Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Professora Auxiliar.

³ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Professora Associada

⁴ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Mestranda.

⁵ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Mestrando.

Contacto: isabels@ufp.edu.pt

Resumo

Introdução: A investigação comprova que a comunicação em saúde e a qualidade da interacção profissional-doente são essenciais para: o rigor do diagnóstico, propostas de tratamento eficazes, qualidade dos cuidados, adesão ao tratamento, segurança do doente, e ajustamento psicossocial daquele (Santos et al. 2010). Porém, apesar da grande importância da comunicação e da interacção nos cuidados de saúde, muitos dos profissionais não se sentem confiantes nas suas competências nesses domínios (Servellen 2009). A presente comunicação pretende apresentar uma análise reflexiva sobre dois programas académicos de formação de futuros profissionais de saúde em comunicação centrada no doente. **Metodologia:** Procedeu-se a uma análise reflexiva de dois programas de formação de futuros profissionais de saúde focados na comunicação com o doente propostos por duas universidades – Universidade Estadual de Londrina (Brasil) e Universidade do Porto (Portugal). **Resultados:** Os dois programas são descritos detalhadamente relativamente às competências que pretendem promover; conteúdos que abordam; operacionalização – técnicas e estratégias adoptadas –, e sistema de avaliação utilizado. **Discussão:** A comunicação médico-doente deixou de ser considerada uma questão de vocação ou arte, tendo o seu ensino deixado de ocorrer de modo meramente informal. Na actualidade, têm sido envidados esforços de formação académica neste domínio. No entanto, a sua operacionalização coloca algumas questões, sobretudo no que concerne a: *timing* proposto; generalização das competências adquiridas à prática profissional; e avaliação da eficácia desses programas. **Conclusão:** Reconhece-se o mérito dos programas de formação de futuros profissionais de saúde em comunicação, porém urge desenvolver investigação sobre a melhor forma de transferir as competências adquiridas para a prática profissional quotidiana.

Palavras-chave: Comunicação; formação; profissionais de saúde.

Abstract

Introduction: Research shows that health communication and quality of professional-patient interaction are essential to: the accuracy of the diagnosis, effectiveness of treatment plans, quality of care, treatment adherence, patient safety, and patient psychosocial adjustment (Santos et al. 2010). However, despite the great importance of communication and interaction in health care, many professionals do not feel confident in their skills in these domains (Servellen 2009). This paper aims to present an analysis of two academic programs for training future health professionals in patient-centered communication. **Methodology:** It was conducted an analysis of two training programs for future health professionals focused on communication with the patient offered by two universities - University of Londrina (Brazil) and University of Porto (Portugal). **Results:** Both programs are described in detail in what concerns competencies they intend to promote; contents addressed; implementation - techniques and strategies adopted - and the evaluation system used. **Discussion:** Health professional-patient communication is no longer considered a question of vocation or art, and teaching these skills can no longer continue to be left neglected, expecting that skills development occur in a purely informal way. Nowadays, academic efforts are being done in this field. However, several questions need to be answered, especially with regard to: training timing; generalization of acquired skills to professional practice; and the evaluation of the effectiveness of these programs. **Conclusion:** It is recognized the merit of the training of future health professionals in communication programs, but it is urgent to develop research on the most effective ways to transfer the acquired skills to everyday professional practice.

Keywords: Communication; training; health professionals.

Introdução

A comunicação em saúde globalmente considerada, bem como a qualidade da interação entre profissional de saúde e doente têm sido, de facto, reconhecidas como componentes essenciais de um tratamento eficaz, da qualidade dos cuidados e da segurança do doente (Bieber et al. 2010). Paralelamente, também tem havido o reconhecimento de que os problemas de comunicação poderão estar relacionados com a ocorrência de erros ou acidentes adversos com consequências gravosas para os doentes e para as instituições de saúde (Santos et al. 2010). Estas constatações têm contribuído para que a comunicação centrada no doente tivesse passado a ser alvo de interesse de clínicos e doentes, mas igualmente foco de análise científica nas últimas décadas.

A comunicação centrada no doente tem vindo a ser apontada como um dos componentes dos cuidados de saúde de qualidade (IOM 2001). Muitas das reclamações feitas pelos doentes em relação aos profissionais de saúde estão relacionadas com problemas de comunicação e não com a competência clínica destes (Richards 1990), sendo a queixa mais frequente a de que os profissionais não os escutam. Os doentes querem mais e melhor informação sobre os seus problemas, sobre resultados, maior abertura sobre efeitos secundários dos tratamentos, sobre alívio da dor e do *distress* emocional, e conselhos sobre o que podem fazer por si mesmos (Meryn 1998).

A evidência científica apoia a importância da adopção de uma comunicação centrada no doente na promoção de um triplo objectivo (Saha e Beach 2011): melhorar as experiências dos

doentes, reduzir os custos dos cuidados e melhorar a saúde. A comunicação entre doentes e profissionais de saúde, directa ou indirectamente, determina a satisfação daqueles com os profissionais (Ong et al. 1995; Wanzer, Booth-Butterfield e Gruber 2004), que, por sua vez, está associada com a percepção da qualidade e adequação dos recursos e com a frequência de consultas (Bjørngaard, Rustad e Kjelsberg 2009). A investigação revela, também, que os doentes depositam maior confiança nos profissionais de saúde que adoptam comportamentos de comunicação centrada no doente quer do ponto de vista interpessoal, quer técnico e que se revelam mais abertos a aceitar as recomendações baseadas na evidência propostas por estes (Saha e Beach 2011; Berrios-Rivera et al. 2006). A comunicação em saúde encontra-se, ainda, relacionada com o nível de adesão aos regimes terapêuticos por parte dos doentes (Servellen 2009; Wanzer, Booth-Butterfield e Gruber 2004; Penn, Watermeyer e Evans 2011; Watermeyer e Penn 2012), com a extensão com que estes experimentam acontecimentos médicos adversos (Servellen 2009), com a experiência de gravidade dos sintomas, resultados de saúde (Wanzer, Booth-Butterfield e Gruber 2004), percepção de saúde (Bjørngaard, Rustad e Kjelsberg 2009), níveis de morbilidade (Martins 2009) e mortalidade, bem como com o acesso e utilização dos recursos de saúde (Servellen 2009; Safran et al. 2001).

A comunicação eficaz constitui, muito provavelmente, o maior determinante da precisão e extensão da informação recolhida pelo profissional de saúde, sendo, pois, essencial para o processo de diagnóstico (Santos et al. 2010). Alguns autores consideram que, mesmo numa época de grandes avanços tecnológicos, a entrevista clínica constitui a mais eficaz ferramenta de diagnóstico única, contribuindo para um diagnóstico correcto mais frequentemente do que o exame físico e do que testes laboratoriais (Fortin VI et al. 2012). Para além disso, identificam a entrevista como sendo, de longe, o procedimento clínico mais frequentemente realizado. No entanto, salientam também que estas importantes competências são as mais difíceis de difíceis de dominar na carreira clínica.

A literatura sugere que, com frequência, os profissionais de saúde têm dificuldade em recolher informação relevante, sobretudo no que respeita às maiores preocupações e expectativas do doente; regulam, por vezes de forma inadequada, a quantidade de informação solicitada ao doente utilizando questões fechadas; não dão oportunidade aos doentes de completarem a sua queixa inicial, direccionando as questões para um problema específico, o que dificulta claramente o entendimento entre o médico e o doente acerca até do próprio propósito da visita médica, podendo também conduzir a um diagnóstico pouco preciso ou dificultar a definição de recomendações mais adequadas (Santos et al. 2010). A literatura sustenta, ainda, a ideia de que estas dificuldades de comunicação podem ter como consequência o agravamento do estado de saúde de alguns dos doentes, podendo pôr em causa a segurança destes (Santos et al. 2010).

Uma boa comunicação demonstrou não trazer ganhos apenas para os doentes, estando também associada a maior satisfação com o trabalho nos próprios profissionais de saúde e a menor *stress* laboral (Servellen 2009).

No entanto, apesar de uma boa comunicação e uma boa relação com profissional de saúde-doente estarem associadas a ganhos para ambos, a investigação sugere que a maioria dos profissionais de saúde não se sente confiante nas suas competências de comunicação (Servellen 2009) e, mesmo quando doentes e profissionais demonstram estar satisfeitos com a comunicação existente entre eles, é possível que esta não seja completamente eficaz (Roscoe et al. 2013).

Um estudo conduzido nos EUA permitiu constatar que, ainda que genericamente os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários se revelem favoráveis aos cuidados centrados no doente, apenas uma minoria os incorpora na sua prática profissional do dia-a-dia, identificando como maiores barreiras à adopção de uma prática centrada no doente a falta de conhecimentos e de treino, bem como os custos económicos da formação (Audet, Davis e Schoenbaum 2006).

A comunicação médico-doente foi, durante muito tempo, considerada uma questão de vocação ou de arte, sendo ensinada apenas de modo não sistemático e informal (Carvalho et al. 2010). No entanto, a preocupação com a formação dos futuros profissionais tem estado presente em diversos países.

O presente trabalho pretendeu apresentar uma análise reflexiva sobre dois programas académicos de formação de futuros profissionais de saúde em comunicação centrada no doente, explorando competências que pretendem promover, conteúdos abordados, técnicas e estratégias adoptados e sistema de avaliação utilizado.

Metodologia

Procedimentos

Procedeu-se a uma análise reflexiva de dois programas de formação de futuros profissionais de saúde focados na comunicação com o doente propostos por duas universidades – Universidade Estadual de Londrina (Brasil) e Universidade do Porto (Portugal). Trata-se de dois programas de formação no domínio da Medicina. A opção pela análise destes dois programas decorreu da escassez de informação detalhada publicada sobre os programas de outros cursos de formação no âmbito da saúde (Enfermagem, Psicologia, Nutrição, etc.).

Análise dos resultados

a) O caso da Universidade Estadual de Londrina, Brasil

No Brasil, a Universidade Estadual de Londrina, elaborou, e tem vindo a implementar há mais de uma década, uma estrutura de formação com dificuldades progressivas ao longo dos quatro primeiros anos do curso de Medicina, em que são abordados conteúdos que vão desde a observação de doentes em sala de espera até à discussão técnica sobre a abordagem da transmissão de informações, adesão ao tratamento e manejo de grupos especiais de doentes em diferentes fases da vida (Turini et al. 2008). Esse treino realizado visa desenvolver competências de relação com os doentes, potencializar os processos de obtenção e transmissão de informações, lidar com o doente e promover a adesão ao tratamento (Turini et al. 2008). Pretende-se, assim, capacitar o aluno para praticar a escuta activa; ter empatia; utilizar uma linguagem acessível; aprimorar a comunicação não-verbal; iniciar, manter e fechar a entrevista; fornecer informações sobre o diagnóstico e tratamento aos doentes, familiares e comunidade; analisar as reacções dos doentes em relação à doença; treinar a comunicação com grupos com limitações; estratégias de comunicação de más notícias; e reflexão sobre a finitude da vida (Turini et al. 2008).

A formação nesta universidade brasileira é realizada em grupos de 8 a 10 alunos, com um instrutor, sendo adoptadas diferentes metodologias de ensino-aprendizagem, incluindo diversas actividades práticas, como a observação de sala de espera em ambulatório com entrevista a doentes e/ou acompanhantes, observação e análise crítica de consultas médicas, entrevista com voluntários ou doentes reais, observação crítica interpares de atitudes relacionadas com a comunicação, discussões em grupo, dramatizações, filmes, mesas-redondas e conferências, e depoimentos de doentes (Turini et al. 2008). A avaliação é realizada de duas formas distintas (Turini et al. 2008): (a) avaliação formativa, que ocorre individualmente em cada encontro por meio de uma ficha que pontua o cumprimento de tarefas (ex. entrevistas, relatórios), leituras e apresentação de resumos e relação entre teoria (leituras) e prática (tarefas); (b) avaliação cognitiva, por meio de exame objectivo clínico estruturado, em que o processo de comunicação em geral é avaliado pela observação da relação do estudante com um doente ou familiar (voluntários treinados) em determinada situação clínica, através de registo numa *checklist* das atitudes consideradas fundamentais ao estabelecimento de uma boa relação.

No entanto, os responsáveis pelo programa apontam como grande limitação o facto de não haver continuidade do programa de comunicação durante o internato, fase em que ocorre a maior parte do treino prático dos estudantes de Medicina, o que, de acordo com estes autores, leva a que o interno espelhe o seu comportamento nas posturas dos outros profissionais das equipas formados em cursos que não contemplavam a formação em comunicação na prática médica, levando-o a desvalorizar o tema (Turini et al. 2008). Alertam, também, para o facto de que, ainda que este programa esteja em implementação desde 1997, ainda não existem estudos que avaliem o seu impacto na prática profissional dos médicos por ele formados.

b) O caso da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

Em Portugal, também tem havido uma preocupação com a integração, nos currícula de Medicina, de competências básicas de comunicação, sendo disso exemplo o programa de Comunicação no Âmbito da Relação Médico-Doente, a ser implementado na disciplina de Psicologia Médica do 2.º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto desde 2001 (Carvalho et al. 2010). Este programa tem como objectivos que os alunos compreendam a totalidade do indivíduo na sua situação específica e que considerem o vivido (a pessoa doente, o sofrimento associado à doença e o médico que prescreve o tratamento) e foi preparado de acordo com uma lógica de ensino baseado no treino do papel e sua incorporação e na tutoria do ato médico, recorrendo a apresentação teórica, utilização de vídeos ilustrativos de diversas situações, ao *role-playing* com doentes hipotéticos, com troca de papéis e discussão da experiência, e à realização de entrevista com um doente ambulatório real. Nele são abordados os seguintes temas: abrir a sessão, recolher informação, fechar a sessão, comunicação não-verbal, estruturar a entrevista e construir a relação em simultâneo, comunicar más notícias, lidar com emoções fortes, luto, consulta médica com criança/adolescente e comunicar com a família. A avaliação realizada não tem tanto o objectivo de avaliar as competências adquiridas, mas essencialmente de verificar se o aluno praticou/utilizou as competências e levá-lo a reflectir sobre o processo.

Discussão

A comunicação médico-doente deixou de ser considerada uma questão de vocação ou arte, tendo o seu ensino deixado de ocorrer de modo meramente informal. Na actualidade, têm sido envidados esforços de formação académica neste domínio, procurando-se abordar conteúdos amplos – que vão desde as competências de comunicação verbal e não-verbal básicas até às competências para lidar com grupos e/ou situações particulares –, procurando-se, também, adoptar técnicas e estratégias muito diversas em cada programa de formação, com uma vertente teórica, mas também de experimentação prática de competências. No entanto, a sua operacionalização coloca algumas questões no que concerne a vários domínios.

A primeira questão prende-se com o *timing* proposto para a formação. Os programas parecem ser introduzidos em fases iniciais de formação, numa altura em que os alunos ainda não estão em contacto directo com o contexto real de trabalho. Esta opção relativa ao *timing* da formação leva-nos a questionar as potencialidades das abordagens adoptadas no que concerne à generalização das competências adquiridas à prática profissional. Os alunos têm oportunidades de aprendizagem teórica ou com prática simulada em anos de formação iniciais e, em anos de formação mais avançados, em que já desempenham tarefas no terreno de forma mais autónoma, encontram como modelo profissionais que não tiveram essa oportunidade de formação em competências de comunicação e que, muitas vezes, não se sentem competentes nesse domínio.

Este aspecto torna-se ainda mais merecedor de atenção quando nos apercebemos de que, mesmo a formação contínua que é disponibilizada aos profissionais já autónomos na sua prática profissional, não parece ser rica na oferta de oportunidades de formação em serviço, isto é, oportunidades de aplicação prática, em contexto real de trabalho, das competências promovidas, e sua verificação por um supervisor que possa proporcionar um *feedback* rectificativo.

Existe, sem dúvida, uma valorização da importância da comunicação profissional de saúde-doente, espelhada nestes dois programas universitários de formação analisados, todavia falta ainda analisar a eficácia na transferência e manutenção a longo prazo das competências treinadas para a prática clínica em contexto real de trabalho. Será que os profissionais que tiveram na sua formação académica oportunidades de treino de competências de comunicação centrada no doente adoptam uma postura diferente na sua actividade profissional posterior?

Conclusões

Urge uma consciencialização dos profissionais de saúde, mas também do público em geral a respeito da questão da comunicação nos serviços de saúde e da sua relação com o processo de humanização destes. Por um lado, é essencial continuar a investir na promoção de competências comunicacionais e relacionais dos futuros e atuais profissionais de saúde, mas não podemos esquecer que os processos de comunicação não são unidireccionais, pelo que também será importante desenvolver programas de promoção de competências de comunicação que tenham como alvo os próprios utentes dos serviços, promovendo-se uma alfabetização funcional em saúde.

Face a todos os condicionantes do sistema de cuidados de saúde e à diversidade de circunstâncias individuais, que implicam com frequência o desenho de intervenções talhadas à medida

de cada uma delas, para conseguirmos implementar em toda a sua potencialidade uma comunicação centrada no doente é obviamente necessária vontade, e compromisso, mas também muita criatividade, que permitam desenvolver instrumentos e processos que respondam à miríade de condições presentes nos vários contextos e circunstâncias. É, igualmente, essencial aprofundar o conhecimento sobre a adoção da comunicação centrada no doente e a forma como esta poderá eventualmente contribuir para uma otimização da qualidade dos cuidados de saúde prestados, dos resultados de saúde e do bem-estar dos profissionais. Finalmente, mesmo reconhecendo o esforço que tem vindo a ser feito na formação dos futuros profissionais de saúde no domínio da comunicação centrada no doente, incluindo no Brasil e em Portugal, há que investigar o próprio processo de formação inicial e contínua neste domínio, procurando esclarecer a forma mais eficaz de transferir os conhecimentos adquiridos para a prática clínica do dia-a-dia.

Referências bibliográficas

- AUDET, A., DAVIS, K. e SCHOENBAUM, S. C. Adoption of patient-centered care practices by physicians. *Archives of Internal Medicine*. 2006, **166**(7), 754-759.
- BERRIOS-RIVERA, J.P. et al. Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*. 2006, **55**(3), 385-393.
- BIEBER, C. et al. How does your doctor talk with you? Preliminary validation of a brief patient self-report questionnaire on the quality of physician-patient interaction. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2010, **17**(2), 125-136.
- BJØRNGAARD, J.H., RUSTAD, A. e KJELSBERG, E. The prisoner as patient – a health services satisfaction survey. *BMC Health Services Research*. 2009, **9**, 176-184.
- CARVALHO, I. P. et al. O ensino da comunicação na relação médico-doente. Uma proposta em prática. *Acta Médica Portuguesa*. 2010, **23**(3), 527-532.
- FORTIN VI, A. H. et al. *Smith's patient-centered interviewing. An evidence-based method*. USA: McGraw-Hill, 2012.
- IOM [Institute of Medicine]. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. USA: Institute of Medicine of the National Academies - Committee On Quality Of Health Care In America, 2001. Disponível em: http://books.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf
- MARTINS, J. C. A. Satisfação do doente com a informação sobre a doença e morbilidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009, **17**(3), 335-340.
- MERYN, S. Improving doctor-patient communication. Not an option, but a necessity. *British Medical Journal*. 1998, **16**, 1922-1930.
- ONG, L. M. et al. Doctor-patients communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*. 1995, **40**(7), 903-918.
- PENN, C., WATERMEYER, J. e EVANS, M. Why don't patients take their drugs? The role of communication, context and culture in patient adherence and the work of the pharmacist in HIV/AIDS. *Patient Education and Counseling*. 2011, **83**(3), 310-318.
- RICHARDS, T. Chasms in communication. *British Medical Journal*. 1990, **301**, 1407-1408.
- ROSCOE, L. A. et al. Beyond good intentions and patient perceptions: Competing definitions of effective communication in head and neck cancer care at the end of life. *Health Communication*. 2013, **28**(2), 1-10.

SAFRAN, D. G. et al. Switching doctors: Predictors of voluntary disenrollment from primary physicians' practice. *Journal of Family Practice*. 2001, **50**(2), 130-136.

SAHA, S. e BEACH, M.C. The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: A randomized study using video vignettes. *Patient Education and Counseling*. 2011, **84**(3), 386-392.

SANTOS, Margarida C. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: Problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010, **10**, 47-57.

SERVELLEN, G. *Communication skills for the health care professional. Concepts, practice and evidence*. USA: Jones and Bartlett Publishers, 2009.

TURINI, B. et al. Comunicação no ensino médico: Estruturação. Experiência e desafios em novos currículos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008, **32**(2), 264-270.

WANZER, M. B., BOOTH-BUTTERFIELD, M. e GRUBER, K. Perceptions of health care providers' communication: Relationship between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication*. 2004, **16**(3), 363-384.

WATERMEYER, J. e PENN, C. "Only two months destroys everything": A case study of communication about nonadherence to antiretroviral therapy in a South African HIV pharmacy context. *Health Communication*. 2012, **27**(6), 602-611.

► A prática da gestão de caso na Unidade de Cuidados na Comunidade

Corina Freire¹, M. Irene Santos² & M. João Esparteiro³

¹ ACES Lezíria/UCC Cartaxo, Enfermeira Especialista

² Instituto Politécnico de Santarém / Escola Superior de Saúde de Santarém, Professor Adjunto

³ Instituto Politécnico de Santarém / Escola Superior de Saúde de Santarém, Professor Adjunto

Contacto: corinafreire@gmail.com • irene.santos@essaude.ipsantarem.pt • mjoao.esparteiro@essaude.ipsantarem.pt

Resumo

Introdução: Através da gestão de caso, são geridas situações de múltipla diversidade e complexidade, nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). **Metodologia:** A temática “Gestão de Caso” foi aprofundada pela metodologia de Trabalho de Projeto, no âmbito do mestrado em Enfermagem Comunitária, de modo a melhorar a sua aplicação na unidade de saúde. Analisou-se o conceito, os procedimentos adotados e as dificuldades sentidas pela equipa, através de abordagem qualitativa. Foi realizada Revisão Sistemática da Literatura através da metodologia PI[C]O, para compreender como a gestão de caso pode promover cuidados de saúde de qualidade em contexto domiciliário. **Resultados/Discussão:** A equipa realçou os requisitos necessários à gestão de caso e salientou os papéis de defensor, coordenador e de oficial de ligação. Quanto às dificuldades sentidas, emergiram ao nível da dinâmica/organização da equipa, dos registos e do envolvimento da família. Através da revisão sistemática de literatura, constatou-se que a gestão de caso promove a qualidade dos cuidados de saúde e que se encontra diretamente relacionada com Enfermagem. **Conclusões:** Todos os requisitos necessários na gestão de caso são competências desenvolvidas pelos enfermeiros de saúde comunitária. A implementação da gestão de caso sistematizada e organizada, poderá ser uma mais-valia e uma forma eficiente de prestar e gerir cuidados.

Palavras-chave: Unidade de Cuidados na Comunidade, gestão de caso, qualidade dos cuidados de saúde.

Abstract

Introduction: Through case management, situations of multiple diversity and complexity are handled in the Community Care Units. **Methodology:** The theme of “Case Management” was explored using the Project Work methodology, included in the Master Degree in Community Nursing, in order to improve its application in the care unit. We analyzed the concept, the procedures adopted and the difficulties experienced by the team through a qualitative approach. A Systematic literature review was performed using a PI[C]O question to understand how case management can promote health care quality in home context. **Results/Discussion:** The team highlighted the requirements for case management and emphasized the roles of advocate, coordinator and liaison officer. However, difficulties emerged at the level of team organization and dynamic, records and family involvement. Through the systematic literature review, we found that case management promotes quality health care and that is directly related to Nursing. **Conclusions:** All skills necessary to case management are developed by community health nurses. The implementation of systematized and organized case management can be an asset and an efficient way to provide and manage care.

Keywords: Community Care Unit, case management, quality of health care.

Introdução

Nas UCC, são geridas situações de transição de múltipla diversidade e complexidade, através da Gestão de Caso, pelo que se considerou importante analisar esta prática desenvolvida por diferentes profissionais, através da metodologia de Trabalho de Projeto, no âmbito do mestrado em Enfermagem Comunitária, com o objectivo de contribuir para a melhoria da prática de gestão de caso na UCC. Analisou-se o conceito, os procedimentos adotados e as dificuldades sentidas pela equipa, através de abordagem qualitativa. Foi realizada Revisão Sistemática da Literatura (RSL) através da metodologia PI[C]O, para compreender como a gestão de caso pode promover cuidados de saúde de qualidade em contexto domiciliário. Posteriormente, foi desenvolvida uma análise/discussão dos resultados obtidos e a sua implicação para a prática clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária no contexto das UCC.

Stanhope e Lancaster (2011) consideram a Gestão de Caso como uma das intervenções que irá influenciar positivamente os indicadores em Saúde no século XXI. Para tal, devem ser estabelecidas estratégias baseadas na evidência para o êxito desta metodologia de trabalho. “Utilizar a melhor evidência corrente misturada com a perícia clínica é uma competência crítica para o gestor de caso.” (Allison 2004 cit. in Stanhope e Lancaster 2011, p. 451).

Torna-se também importante referir que, no PNS 2012 – 2016 uma das visões para 2016 é a da confiança da pessoa no gestor de caso e a da utilização dos serviços de saúde de forma adequada. Os profissionais de saúde orientam o percurso nos cuidados de saúde de forma célere e efetiva, estando explícita a responsabilidade de gestor de caso (ACS 2011).

Tendo por base o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública defendido pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 128/2011) considerou-se que a gestão de caso pode ser uma mais valia como elemento de aperfeiçoamento para a concretização dos objetivos do Plano Nacional de Saúde uma vez que, neste mesmo regulamento (p.1), é referido que o enfermeiro especialista “inter-

vém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, o que é preconizado pela gestão de caso.”

Metodologia

Contexto da prática

A UCC é uma unidade que tem como “missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.” (Despacho n.º 10142/2009). Por sua vez,

presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (Despacho n.º 10142/2009)

A UCC iniciou funções a oito de fevereiro de 2010 e de acordo com o ACES (2012), abrange uma população de 27 554 utentes, 13 939 mulheres e 13 615 homens.

Revisão Sistemática da Literatura

A revisão sistemática “é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico.” (Galvão, Sawada e Trevizan 2004, p. 549).

Foi formulada uma questão de partida em formato PI[C]O: “Como é que a Gestão de Caso (I) promove a qualidade (O) dos Cuidados de Saúde Domiciliários (P)?”. Esta funcionou como guia orientador para a elaboração da RSL. Da elaboração da pergunta emergiram três palavras-chave a utilizar na pesquisa em base de dados, nomeadamente, *Case management*, *Quality of health care* e *Home care*.

As palavras-chave escolhidas foram verificadas como descritores nas bases internacionais MeSH Browser e Decs-Descritores e hierarquizadas.

A etapa seguinte baseou-se na pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO através de um protocolo de pesquisa, com um friso cronológico de 2007 a 2012. Nesta plataforma, acedida através do site da Ordem dos Enfermeiros, optou-se pelas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina, de acordo com os limitadores de pesquisa. Da conjugação das três palavras-chave resultaram quatro artigos. Os títulos e resumos desses artigos foram analisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e nenhum deles foi excluído. Posteriormente, procedeu-se à leitura do texto integral dos mesmos, tendo um sido excluído na medida em que, não contribuía para a questão PI[C]O elaborada. Foram analisados três artigos com a realização das fichas de leitura e elaboração da respetiva classificação das evidências científicas.

Conceito e os Procedimentos da “Gestão de Caso” da UCC

O conceito e os procedimentos de Gestão de Caso na UCC foram analisados através de uma abordagem qualitativa.

A população-alvo abrangida foram os profissionais da UCC com funções de gestão de caso, e aplicou-se o instrumento de colheita de dados a dez profissionais, o que fez 100% da população. A técnica de colheita de dados utilizada foi o inquérito e o instrumento de colheita de dados seleccionado foi o questionário. Após o Pré-teste, o questionário foi aplicado por via internet pelo SurveyMonkey (<http://www.surveymonkey.com>) e foram recolhidos seis dos dez questionários aplicados, o que fez sessenta por cento da população alvo e para a análise da informação produzida, utilizou-se o método de análise de conteúdo.

Análise & Discussão dos Resultados

A Revisão Sistemática da Literatura contribuiu para verificar que a gestão de caso promove a qualidade dos cuidados de saúde em contexto domiciliário, conforme os conceitos definidos pelo actual PNS 2012-2016 (ACS 2012), ao nível da acessibilidade, equidade e continuidade dos cuidados. Segundo o PNS 2012-2016 (Saturno et al. 1990 cit. in ACS 2012) a qualidade em saúde está relacionada com a equidade e acessibilidade a cuidados de saúde de acordo com os recursos disponíveis e, através de um profissionalismo excelente, que promova a adesão e satisfação da pessoa cuidada. Este mesmo conceito vai ao encontro dos objetivos de uma gestão de caso na medida em que, quer a qualidade em saúde quer a gestão de caso implicam adequar os cuidados de saúde com o melhor desempenho, às necessidades e expectativas do cliente.

Constatou-se que, na retaguarda da gestão de caso, estão sempre presentes programas/projetos consistentes, organizados e específicos para os objetivos para que foram criados. Os três artigos também relacionam maioritariamente a gestão de caso inserida em equipas multidisciplinares e, paralelamente, junto de pessoas em situação de vulnerabilidade, o que vem a confirmar que esta metodologia está totalmente contextualizada para a missão das UCC no Sistema Nacional de Saúde, que intervém junto das pessoas em situação de risco e vulnerabilidade.

O artigo de Fernandes et al. (2010) defende que a existência de gestores de caso foi fundamental para a construção da confiança no sistema de saúde, como ponte cultural e para diminuir as lacunas linguísticas existentes.

Para Ingleton et al. (2011), os *stakeholders* que participaram no estudo valorizaram o recrutamento, a formação e a supervisão dos cuidadores formais em contexto domiciliário e este papel ser realizado por enfermeiros como gestores de caso. Por sua vez, enfatizaram a importância do desenvolvimento de planos de cuidados pelo gestor de caso uma vez que, estes descreviam pormenorizadamente as actividades a desenvolver pelos cuidadores formais.

Lattimer (2012) defende que o sucesso dos programas de cuidados de saúde depende da melhoria da coordenação quer dos cuidados quer das transições de cuidados (hospitalares e comunitários) e que só assim se garantirá a continuidade dos cuidados. Apresenta sete programas/projetos que comprovam a diminuição dos custos e das re-hospitalizações, os quais têm na retaguarda profissionais que desenvolvem gestão de caso. Três dos programas têm na

retaguarda enfermeiros sendo que um deles é liderado por enfermagem, o TCM (*Transitional Care Model*), o qual foi destacado pelas altas evidências científicas demonstradas.

A equipa da UCC tem um conceito construído acerca da metodologia de gestão de caso e reconhece papéis que o gestor de caso deve assumir na sua prática clínica. Porém, identifica dificuldades no que respeita à operacionalização da gestão de caso, o que confirma a necessidade da existência de se intervir e de continuar a investir no tema no seio da equipa. É necessário criar estratégias que motivem a equipa e a façam reconhecer que sem trabalho de equipa não existe gestão de caso. Relativamente aos papéis, aquele que mais se salientou foi o de orientador, a que os autores Cary (1998), Llewellyn e Moreo (2001 cit. in Stanhope e Lancaster 2011) designam por monitor de padronização. O gestor de caso, ao assumir este papel, e segundo os autores supracitados, expressa e monitoriza as principais orientações específicas, bem como a sua sequência no tempo e no plano de cuidados. Também é evidente o papel de defensor, concedendo informação e dando apoio, o de coordenador, combinando, regulando e coordenando os serviços de saúde necessários e o de oficial de ligação, o qual proporciona um laço de comunicação formal entre todas as partes intervenientes (Cary 1998; Llewellyn e Moreo 2001 cit. in Stanhope e Lancaster 2011).

No que concerne aos procedimentos adoptados pelos profissionais, foram mencionados os seguintes: a definição do gestor de caso, a relação, obtenção de consentimento, plano de intervenção, trabalho de equipa, reuniões e registos/informação.

Da análise das dificuldades sentidas sobressaíram ao nível da dinâmica/organização (desgaste psicológico, falta de sensibilização/motivação por alguns profissionais levando a um sentimento de isolamento do gestor de caso, falta de uniformização de procedimentos, limitação de tempo, características de personalidade diferentes na equipa, falta de articulação/ *feedback* num sentido de trabalho de equipa), dos registos (falta de suporte de registo que facilite a elaboração do plano de cuidados, tempo necessário para registos) e da família (dependência das famílias no gestor de caso).

Conclusões

A gestão de caso pode dar visibilidade a áreas de atuação de Enfermagem, ampliando horizontes para a prática com evidência e, assim, contribuir para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde, conforme o previsto pelo PNS 2012-2016.

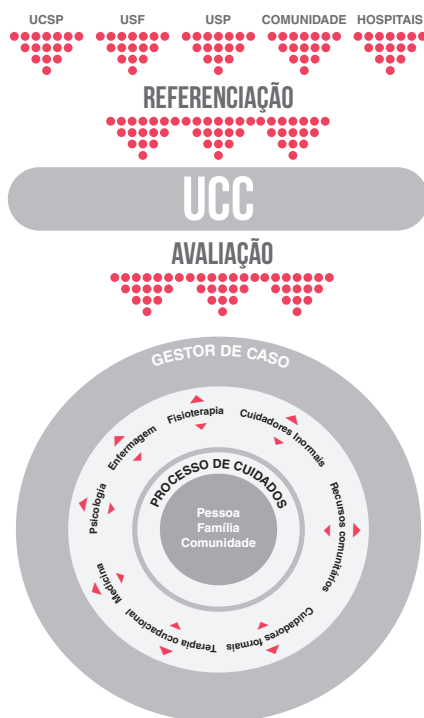
O processo de cuidados é um processo de interação onde o centro de interesse é a pessoa e, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planejar o trabalho, que ele próprio executa e controla (Amendoeira 2000). Como é óbvio, a gestão de caso pressupõe esta mesma centralidade e a existência de um processo de cuidados, na medida em que é “um processo sistemático de avaliação, planeamento, coordenação de serviços, encaminhamentos, e monitorização que vai ao encontro das múltiplas necessidades de serviços dos utentes” (Secord 1987 cit. in Stanhope e Lancaster 1999, p. 390).

Por sua vez, de entre o leque de especializações em enfermagem também é importante salientar a especificidade do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária para o sucesso da gestão de caso. Todos os requisitos necessários na gestão de caso são competências bem desenvolvidas pelos enfermeiros de saúde comunitária, e será este um profissional capacita-

do para desenvolver esta metodologia de forma eficiente, o que se confirma no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE 2010).

Relativamente ao impacto na prestação de cuidados prestados pela UCC, confirma-se que a implementação da gestão de caso de uma forma sistematizada e organizada poderá ser uma mais-valia e uma forma eficiente de prestar e gerir cuidados, conforme se tenta demonstrar na figura 1, em virtude de promover a centralidade da pessoa, promover a existência de um processo de cuidados e promover a responsabilidade de toda a coordenação num profissional que aciona todos os recursos necessários, de acordo com as necessidades identificadas.

Figura 1– Diagrama da relação entre UCC, gestão de caso, processo de cuidados e pessoa



Nesta mesma figura é apresentada a complementaridade com a comunidade e restantes unidades de saúde que, em situação de vulnerabilidade, fazem a referência para a UCC. Por sua vez, a UCC avalia e se considerar que existe critério acionará o acompanhamento de forma célere e efectiva através de um processo de gestão de caso.

Referências bibliográficas

- ACES. *Relatório de Atividades 2011 e retrospectiva 2009-2011*. Santarém: Agrupamentos de Centros de Saúde de Lezíria I - Ribatejo, Aces Ribatejo, 2012.
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde -Obter Ganhos em Saúde*. Lisboa, 2012 [consultado 24 setembro 2012]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>
- AMENDOEIRA, J. Cuidado de enfermagem. Intenção ou acção, o que pensam os estudantes de enfermagem. *Nursing*. 2000, 5, 8-14
- DECRETO-LEI N.º 101/2006, de 6 de junho. *Diário da República*. 2006, I Série, n.º 109, 3856-3865.
- DESPACHO N.º 10142/2009, de 16 de abril. *Diário da República*. 2009, II Série, n.º 74, 15438 – 15440.
- FERNANDES, R. et al. Home-Based Palliative Care Services for Underserved Populations. *Journal of Palliative Medicine*. 2010, 13(4), 413-419 [consultado 2 outubro 2012]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=a19d20a8-86ca-4a01-8eff-2292de0bc5a2%40sessionmgr14>
- GALVÃO, C. M., SAWADA, N. O. e TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004, 12(3), 549-556 [consultado 21 setembro 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>
- GONZALES, R. et al. Gerenciamento de caso: Um novo enfoque no cuidados à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003, 11(2), 227-231 [consultado 21 janeiro 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692003000200013&script=sci_arttext
- INGLETON, C., CHATWIN, J., SEYMOUR, J. e PAYNE, S. The role of health care assistants in supporting district nurses and family carers to deliver palliative care at home: findings from an evaluation project. *Journal of Clinical Nursing*. 2011, 20(13-14), 2043-2052 [consultado 2 outubro 2012]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=a19d20a8-86ca-4a01-8eff-2292de0bc5a2%40sessionmgr14>
- LATTIMER, C. Practices to improve transitions of care: A national perspective. *North Carolina Medical Journal*. 2012, 73(11), 45-47 [consultado 2 outubro 2012]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=a19d20a8-86ca-4a01-8eff-2292de0bc5a2%40sessionmgr14>
- RICE, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários - Conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 978-972-8383-46-4
- STANHOPE, M. e LENCASTER, J. *Enfermagem de saúde pública – Cuidados de saúde na comunidade, centrados na população*. 7.ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-989-8075-29-1

► A saúde mental em contexto penitenciário

Verónica Fernandes, Glória Jólluskin, Isabel Silva, Andreia Castro-Rodrigues & Natasha Fernandes

Universidade Fernando Pessoa

Contacto: 15256@ufp.edu.pt

Resumo

Introdução: A saúde mental permite a cada pessoa realizar-se, sendo inseparável da saúde (não há saúde sem saúde mental) é influenciada por múltiplos fatores, e considerada como um bem individual e coletivo (CNECV 2014). Uma vez conhecido o impacto dos indicadores de privação social e o risco de doença mental, esta pesquisa teórica objetiva analisar os factores mais descritos na literatura como estando subjacentes à elevada prevalência de doenças mentais em sistema de reclusão. **Metodologia:** A partir dos indexadores estabelecidos, foram consultadas as bases de dados B-ON e *Web of Knowledge* via *International Journal of Nursing Studies*, *International Journal of Law and Psychiatry*, *ScienceDirect*, restringindo-se a artigos em português, inglês e espanhol, publicados no período de 2000 a 2014. Os procedimentos de busca sistemática e seleção resultaram na inclusão de 16 artigos. Os estudos diferiram quanto ao delineamento, instrumentos, critérios estabelecidos para diagnóstico e análise. **Resultados:** Os resultados sugerem a existência de uma elevada prevalência de doenças mentais em reclusos face à população em geral e, quando comparados homens com mulheres, estas revelam uma maior tendência para padecerem de perturbações psiquiátricas. A depressão assume-se como a perturbação com maior prevalência em meio prisional, seguida da ansiedade e problemas de coping. **Discussão e Conclusão:** A análise dos diversos documentos pesquisados permitiu concluir que os reclusos são particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de doenças mentais, sendo como tal premente a implementação de programas de promoção da saúde mental em contexto prisional, considerando que, a reclusão apresenta efeitos adversos na saúde mental de um número significativo de reclusos.

Palavras-chave: Saúde mental; reclusos.

Abstract

Introduction: Mental health allows each person to fulfill his/her potentialities, its inseparable from general health (there is no health without mental health), is influenced by multiple factors, and it is considered as an individual and collective wealth (CNECV 2014). It is well known the impact that social deprivation has on the risk of mental illness. This theoretical research aims to analyze the factors most commonly described in the literature as being behind the high prevalence of mental illness in the prison system. **Methodology:** We conducted a research on electronic databases – B-ON and Web of Knowledge via International Journal of Nursing Studies, International Journal of Law and Psychiatry, and ScienceDirect, restricting that research to scientific papers written in Portuguese, English and Spanish, published the period between 2000 and 2014. The procedures adopted to conduct the systematic search and selection of papers resulted in the inclusion of 16 items. Studies differ on the design, instruments, criteria for diagnosis and analysis. **Results:** Results suggest the existence of a high prevalence of mental illness in prisoners compared to the general population and particularly in female prisoners, who show greater tendency to suffer from psychiatric disorders than men who face the same situation. Depression is assumed as the disturbance with the highest prevalence in prison, followed by anxiety and the adoption of poor coping strategies. **Discussion and Conclusion:** The analysis of the various documents surveyed showed that prisoners are particularly vulnerable to developing mental illnesses, and that incarceration has adverse effects on mental health of a significant number of prisoners, what lead us to conclude that it is urgent the implementation of mental health promotion programs in prison context.

Keywords: Mental health; prisoners.

Introdução

A situação de privação de liberdade é uma das experiências mais traumáticas que qualquer indivíduo pode vivenciar: separação da família, isolamento, ritmo e programação da vida rígidos, uma clara limitação de movimentos (Navarro et al. 2013). A isto se somam as características dos estabelecimentos prisionais, que pela sua estrutura e dinâmica de funcionamento, são vulgarmente designadas de “instituições totais”, ou seja, locais onde residem e trabalham diversos indivíduos em situação semelhante, estando estes afastados da sociedade mais ampla por um considerável período de tempo, levando uma vida fechada e formalmente administrada (Sampaio e Carlos 2011). Portanto, pelas circunstâncias e pelos contextos em que vivem, entende-se que os reclusos sejam mais vulneráveis à doença mental (Sampaio e Carlos 2011). Além disso, estes indivíduos apresentam menos recursos ao nível da gestão da saúde mental, pelo facto de não disporem da capacidade ou dos meios para se protegerem - a si, à sua saúde, ao seu bem-estar (CNECV 2014; Fraser, Gatherer e Hayton 2009; Martins 2013; Navarro et al. 2013).

Fraser e colaboradores (2009) referem que dos cerca de 2 milhões de reclusos presentes nos estabelecimentos prisionais de toda a Europa, pelo menos, cerca de 400.000 sofrem de alguma perturbação mental (Fraser, Gatherer e Hayton 2009). No enfoque nacional, as análises realizadas em 1999, destacavam a elevada prevalência de casos onde se constataavam a presença de certos traços de psicopatia, esquizofrenia e oligofrenia, psicoses, sintomatologia de-

pressiva, distúrbios de personalidade associados à toxicodependência (OPSS s/d). Igualmente verificaram uma considerável taxa de comorbilidade entre a doença mental e a dependência de substâncias ilícitas, particularmente nos reclusos do sexo masculino (*ibidem*).

A literatura sugere que, em alguns casos, as doenças mentais podem existir antes da entrada no estabelecimento prisional, podendo agravar-se durante o cumprimento da pena. Por outro lado, podem desenvolver-se durante o período de reclusão, como consequência do próprio contexto de reclusão (Boothby et al. 2010; Brooker e Gojkovic 2009; Kraemer, Gately e Kessell 2009; Navarro et al. 2013).

Apesar da frequência de casos de doença mental em reclusos, é reconhecida a escassa produção científica nacional neste domínio, bem como uma resposta limitada às necessidades deste grupo vulnerável, com a clara escassez de programas estruturados de promoção da saúde mental ou da literacia em saúde mental junto das populações em regime de reclusão (CNECV 2014; Sampaio e Carlos 2011). Deste modo, o objetivo desta investigação é revisar os factores mais descritos na literatura como estando subjacentes à elevada prevalência de doenças mentais no contexto prisional, contribuindo com a análise dos trabalhos mais recentes desta temática tão importante, mas pouco estudada.

Metodologia

Foram consultadas as seguintes bases de dados: *B-ON* e *Web of Knowledge* via *International Journal of Nursing Studies*, *International Journal of Law and Psychiatry*, *ScienceDirect*. A busca foi realizada entre fevereiro e março de 2014, considerando artigos em português, inglês ou espanhol, publicado no período de 2000 a 2014. Os indexadores seleccionados foram: “Saúde mental na prisão/*Mental health in prison/La salud mental en prisión*”; “Promoção da saúde mental em contexto prisional/*Mental health promoting in the prison/Promoción de la salud mental en el contexto penitenciário*”; “Doença mental em homens e mulheres na prisão/*Mental illness in men and women in prison/La enfermedad mental en los hombres y las mujeres en la cárcel*”.

Para esta revisão, foram seleccionados artigos que apresentassem revisão da literatura e/ou metodologia quantitativa ou qualitativa, com resultados relacionados com a prevalência de doenças mentais em contexto de reclusão, investigação de factores mais descritos na literatura como estando subjacentes à elevada prevalência das mesmas neste contexto, além de amostras compostas por reclusos e profissionais de saúde com intervenção neste contexto. Por conseguinte, foram excluídos estudos que não contemplassem os critérios de inclusão, bem como com resultados de prevalência de doença mental não relacionados com o contexto prisional.

A partir das bases de dados estabelecidas, foram encontrados 28 artigos potencialmente relevantes para esta revisão, considerando os descritores elegidos. Com a leitura dos resumos e da secção de método, 12 artigos foram excluídos, pelo facto de não contemplarem os critérios de inclusão e de exclusão, restando assim 16 artigos que constituem a presente revisão, cujos resultados se encontram sintetizados em quadro de acordo com sua natureza.

Resultados

Os problemas de saúde mental são mais preponderantes na população em regime de reclusão do que na população geral, sendo tal verificado em diversos estudos realizados em diferentes países, o que permite concluir que se trata de um problema internacional de elevadas proporções (Watson, Stimpson e Hostick 2004). Por conseguinte, no que se refere às taxas de prevalência das perturbações mentais em população reclusa encontradas, os números variam amplamente entre os 14,5% para os reclusos do sexo masculino, e os 31,0% para os reclusos do sexo feminino (Steadman 2009). Verificou-se que os níveis médios de perturbação emocional são significativamente superiores durante a primeira semana de reclusão ($M=55,52$; $DP=23,74$) comparativamente aos observados após seis meses de cumprimento da pena ($M=36,98$; $DP=20,13$) (Moreira e Gonçalves 2010). No Quadro 1, os 16 artigos foram organizados segundo a data de publicação dos mesmos, expondo os factores mais descritos na literatura como estando subjacentes à elevada prevalência de doenças mentais em sistema de reclusão.

Quadro 1. Prevalência da doença mental em contexto de reclusão

Estudo	Amostra	Instrumentos	Resultados
ALVES et al. (2013) Portugal	N= 107 reclusos (65 do sexo masculino, 42 do sexo feminino)	Questionário de Adversidade na Infância; Brief Symptom Inventory (BSI)	No Índice de Adversidade Total, verificou-se que a média de experiências adversas na população feminina é de 5,05 ($DP = 2,63$) e, na população masculina, é de 2,69 ($DP = 2,18$). Nas mulheres o índice médio de sintomatologia psicopatológica é de 2,7 ($DP = 0,45$), estando todas as participantes acima do ponto de corte. No BSI, as mulheres apresentaram médias superiores aos homens em todas as dimensões.
JOHNSON e LYNCH (2013) Estados Unidos	N= 224 reclusas do sexo feminino ($M= 34,96$ anos; $DP= 9,85$)	PTSD Checklist—Civilian Version; Trauma History Questionnaire; Difficulties in Emotion Regulation Scale; Dissociative Experiences Scale; Brief COPE; Self-Harming and Suicidal Behavior	64 % das mulheres relataram terem sido vítimas de abuso sexual antes dos 14 anos, e a grande maioria foi vítima de múltiplas formas de violência interpessoal (e.g. abuso sexual); 70% da amostra excedeu o ponto de corte do PTSD Checklist—Civilian Version. Verificou-se ainda a tendência da amostra para revelar dificuldades na gestão emocional, particularmente no que se refere à identificação das emoções e controlo dos impulsos.
LYNCH et al. (2013) Estados Unidos	N = 491 reclusos do sexo feminino	Composite International Diagnostic Interview	43% revelou sintomas de perturbação mental anterior à reclusão doença mental grave, já 32% apresentava sintomas de perturbação mental grave nos últimos 12 meses. Verifica-se a elevada prevalência de pós-stress traumático, perturbação bipolar e depressão.
EYTAN et al. (2011) Suíça	N=1510 reclusos (1434 homens e 76 mulheres)	International Classification of primary care, second edition; Alcohol Use Disorders Identification Test	45,8% dos reclusos apresentavam queixas ou sintomas psicológicos, as mulheres com maior frequência do que os homens (56,6% vs. 45,3%, respectivamente); As mulheres revelaram uma maior tendência para apresentarem depressão (22,4%); perturbação de ansiedade (10,5%).
MARINHO (2011) Portugal	N= 60 (reclusos do sexo masculino) ($M= 38,45$ anos, $DP = 10,99$)	Questionário de Saúde EuroQol; Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure (CORE-OM)	Os resultados indicaram que a maioria dos participantes consumia substâncias psicoactivas. No CORE-OM, 68,30% manifesta um grau de afectação de ligeiro (inclusive) a moderado. O pior grau de afectação de saúde mental registou-se nos reclusos com maior dependência de álcool (44,40%) e nos consumidores de drogas ilegais (20,50%).
SILVA et al. (2011) Brasil	N= 557 reclusos (466 do sexo masculino e 91 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 a os 40 anos)	Mini International Neuropsychiatric Interview	47,6 % apresentava dependência de álcool, 40,8% dependência de substâncias, 26,4% revelava um transtorno psíquico, 22,6% um transtorno de personalidade anti-social, e 16% depressão. Verificou-se uma maior prevalência nas mulheres de depressão, distímia, transtorno de somatização, transtorno de dor, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, sintomas hipomaniacos, fobia específica, perturbação pós-stress traumático e maior risco de suicídio.

BOOTHBY et al. (2010)	N= 400 (reclusos do sexo masculino)	General Health Questionnaire (GHQ-12)	59% revelou problemas emocionais, sendo posteriormente encaminhados para serviços de apoio (e.g. acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico); 14% destes reclusos iniciou o programa que visava o diagnóstico e tratamento de doenças mentais. Verificou-se que estas intervenções tiveram um impacto positivo junto dos reclusos, pelo facto de apresentarem uma atitude proactiva no decurso das mesmas, bem como uma menor tendência para apresentarem auto-mutilações ou tentativas de suicídio.
Inglaterra	(M= 33,5 anos; DP= 9,14)		
MOREIRA e GONÇALVES (2010)	N= 66 (reclusos do sexo masculinos)	Questionário de Ideação Suicida (QIS); Brief Symptom Inventory (BSI)	Verificou-se que os níveis médios de perturbação emocional são significativamente superiores durante a primeira semana de reclusão (M=55,52; DP=23,74) comparativamente aos observados após seis meses de cumprimento da pena (M=36,98; DP=20,13). Constatou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre as pontuações totais de sintomatologia psicopatológica e ideação suicida (Rsp=0,770; p=0,000).
Portugal	(M=32,48 anos; DP= 9,56)		
FRIESTAD e KJELSBERG (2009)	N=225 (reclusos de sexo masculino)	Audio-computer-assisted self-administered interview (ACASI) com questões organizadas em duas áreas: doença mental e problemas com drogas)	27% dos reclusos revelou graves problemas com drogas, quer doença mental; 52% relatou ter vivenciado pelo menos um acontecimento com impacto negativo na infância (e.g. vivenciar a reclusão de um familiar próximo). Verificou-se ainda, uma correlação estatisticamente significativa entre acontecimentos negativos na infância, sensação de mal-estar geral, problemas com drogas e doença mental.
Noruega			
KRAEMER et al. (2009)	N= 146 (reclusos): - 55 mulheres (21 indígenas e 34 não indígenas); - 91 homens (22 indígenas e 69 não indígenas)	Brief Jail Mental Health Screen; Kessler-10	79,4% das mulheres não indígenas solicitou acompanhamento psicológico, sendo que cerca de 20% por questões relacionadas com a depressão; 41% das mulheres não indígenas afirma terem sido prescritos antidepressivos, tranquilizantes, ou medicação psiquiátrica após a reclusão.
Austrália			
STEADMAN et al. (2009)	N= 21.408 reclusos do sexo masculino e feminino Fase I (11.168 reclusos de ambos os sexos) Fase II (10.240 reclusos de ambos os sexos)	Brief Jail Mental Health Screen; Structured Clinical Interview for DSM-IV	Em ambas as fases, verificou-se que a taxa de prevalência de doença mental grave era de cerca de 14,5% para os reclusos do sexo masculino, e de 31,0% para os reclusos do sexo feminino. Constatou-se um aumento significativo da prevalência de perturbação pós-stress traumático (17,1% nos homens e 34,3% nas mulheres).
Estados Unidos			
PINESE (2009)	N=100 reclusos do sexo feminino	Inventário de Beck	82% das mulheres apresentaram sinais indicativos de depressão (33% com depressão leve, 29% com depressão moderada e 20% com depressão grave); 32% referiram alteração do sono, sendo que 16% referiu que despertava durante o sono. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre distúrbios alimentares e a sintomatologia depressiva.
Brasil			
BLITZ et al. (2008)	N= 7528 reclusos (7221 homens e 564 mulheres)	Audio-computer-assisted self-administered interview	Cerca de um quarto da amostra relatou ter realizado tratamento prévio para a esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, perturbação pós-stress traumático ou perturbação de ansiedade; Os reclusos com doenças mentais (40,4% homens e 40,2% mulheres) revelaram uma maior tendência para serem vítimas de agressões por parte de outros reclusos e guardas prisionais.
Estados Unidos			
Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2007)	N= 1009 reclusos (92% do sexo masculino; 8% do sexo feminino)	Dados obtidos a partir de la historia clínica	17,6% dos reclusos apresentou antecedentes psiquiátricos prévios à reclusão (2,6% psicose; 6,9% transtorno afectivo; 6,9% perturbação da personalidade; 3% outras diagnósticos). 13,5% relatou ter sido diagnosticado com uma perturbação mental, 24,0% apresenta dependências de drogas; 12,1% apresenta as duas patologias (perturbação mental e dependência de drogas).
Espanha			
MADUREIRA e JÖLLUSKIN (2008)	N= 115 reclusos do sexo feminino (M=35,51 anos; DP=11,08)	Brief Symptom Inventory (BSI)	76,39% da amostra revela sintomas clínicos indicadores de patologia. Verifica-se que a dimensão "Ideação Paranoide" é a apresenta um valor médio mais acentuado (M=1,48; DP=0,80), seguida das dimensões "Depressão" (M= 1,38; DP=0,84) e "Ansiedade" (M=1,32; DP=0,73).
Portugal			

DUQUE e NEVES (2004)	N= 60 reclusos divididos em 2 grupos: - Grupo 1 (30 reclusos) com história de pelo menos um comportamento de auto-mutilação - Grupo 2 (30 reclusos) sem comportamento de auto-mutilação	<i>Inventário Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)</i>	Grupo 1 apresenta pontuações mais elevadas nas escalas clínicas: "Evitante" (p<0,02), "Autoagressiva" (p<0,05), "Esquizotípica" (p<0,05), "Estado Limite (Borderline)" (p<0,005), "Histeriforme/Somatoforme" (p<0,05), "Abuso de Alcool" (p<0,002), "Abuso de Drogas" (p<0,005) e "Depressão Major" (p<0,002), e no item "Factor de Risco" (p<0,005).
----------------------	---	---	---

Discussão e conclusão

A presente revisão procurou analisar a prevalência das perturbações mentais em contexto prisional, em 16 artigos seleccionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os estudos apontaram fatores distintos envolvidos no desenvolvimento de perturbações mentais em contexto de reclusão, além da existência de uma elevada prevalência das mesmas na população prisional.

Em termos gerais, a análise realizada aos diferentes estudos permitiu verificar a existência de uma elevada prevalência de perturbações mentais em reclusos, face à população em geral e, quando comparados homens e mulheres em contexto de reclusão, estas mostram uma maior tendência para apresentarem perturbações mentais (e.g. depressão e ansiedade), revelando maior vulnerabilidade em termos de saúde mental, sendo tal verificado em pelo menos três estudos (Alves, Dutra e Maia 2013; Pinease 2009; Silva et al. 2011). Já no que se refere ao sexo masculino, os estudos analisados sugerem que estes apresentam uma maior tendência para apresentarem quadros psicóticos e personalidade anti-social, quando comparados com o sexo feminino (Silva et al. 2011).

Com a revisão realizada, concluiu-se também a existência de uma associação entre a prevalência de doença mental e as elevadas taxas de vitimização física nos estabelecimentos prisionais. As reclusas do sexo feminino com perturbação mental são apontadas como um grupo de maior risco, apresentando uma maior tendência para serem vítimas de violência física no contexto de reclusão, do que o sexo masculino na mesma condição (Blitz, Wolf e Shi 2008).

Os estudos revistos sugerem, ainda, que a população reclusa parece apresentar uma maior tendência para revelar sintomatologia psicopatológica (e.g. depressão, hostilidade e ansiedade) particularmente nos primeiros seis meses após a reclusão, sendo que tal poderá relacionar-se com a conjuntura inerente à admissão do recluso na prisão, que o obriga a experienciar determinadas adversidades que exacerbam os níveis de perturbação emocional, dificultando a adaptação a esse contexto. Contudo, a sobrecarga emocional própria da fase inicial da execução da pena tende a esbater-se à medida que o recluso se adapta à instituição prisional e, portanto, os reclusos tendem a retomar o seu normal funcionamento depois de reagirem adaptativamente ao impacto da detenção e à fase inicial de reclusão (Moreira e Gonçalves 2010). Por outro lado, a elevada prevalência de perturbação mental após os seis meses de reclusão, poderá relacionar-se com a incapacidade dos reclusos em adaptarem-se ao contexto prisional, ou ainda, com o facto do mesmos já evidenciarem maior vulnerabilidade à doença mental mesmo em liberdade, e as características do sistema prisional tornam-nos mais predispostos a experienciar doença mental (Moreira e Gonçalves 2010).

Embora estes resultados globais forneçam informações úteis, a literatura actual sobre a temática da prevalência das doenças mentais no contexto de reclusão, têm várias limitações, desde já a dificuldade em conseguir-se amostras representativas da população em regime de reclusão, sobretudo pela complexidade do próprio contexto que dificulta a operacionalização de estudos com esta população. Paralelamente, verifica-se que a grande maioria dos estudos, não considerou, adequadamente, as questões relacionadas com comorbilidades e imparidades neuropsicológicas – fatores que muitas vezes dificultam o tratamento das doenças mentais neste contexto (Diamond et al. 2001).

Em conclusão, se tivermos em conta a realidade nacional no que respeita à população reclusa, partindo da premissa que as penas e as medidas de segurança têm por finalidade a reinserção social, será compreensível a necessidade de se procurar humanizar os espaços dos estabelecimentos prisionais, bem como definir-se planos terapêuticos e de reabilitação (legalmente fixado) dos reclusos com perturbações mentais, seguindo metodologias de intervenção integrada, com responsabilização de todos os intervenientes (CNECV 2014).

Referências bibliográficas

ALVES, J., DUTRA, A. e MAIA, A. História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013, 18(3), 701-709 [consultado 25 fevereiro 2014]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63025680007.pdf>

BLITZ, C., WOLF, N. e SHI, J. Physical victimization in prison: The role of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2008, 31, 385-393.

BOOTHBY, M., MULHOLLAND, I., CASES, A., CARRINGTON, K. e BOLGERE, T. Towards mental health promotion in prisons: the role of screening for emotional distress. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010, 5, 90-94.

BROOKER, C. e GOJKOVIC, D. The second national survey of mental health in-reach services in prisons. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2009, 20(1), 11-28.

CNECV [Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida]. *Memorando*. Lisboa: CNECV, 2014 [consultado 26 fevereiro 2014]. Disponível em: http://www.cnevc.pt/admin/files/data/docs/1393003792_Saude%20Mental%202014%20MEMORANDO.pdf

DIAMOND, P., WANG, E., HOLZER, C., THOMAS, C. e CRUSER, A. The prevalence of mental illness in prison. *Administration and Policy in Mental Health*. 2001, 29(1), 21-40.

DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. *Estrategia global de actuación en salud mental*. Espanha: Ministério del Interior, 2007 [consultado 2 março 2014]. Disponível em: <http://feafes.org/wp-content/uploads/2011/04/Portada-Estrategia-global-actuacion-salud-mental.jpg>

DUQUE, A. F. e NEVES, P. G. Auto-mutilação em meio prisional: Avaliação das perturbações da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2004, 2, 215-227.

EYTAN, A. et al. Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2011, 34, 13-19.

FRASER, A., GATHERER, A. e HAYTON, P. Mental health in prisons: great difficulties but are there opportunities?. *Public Health*. 2009, 123, 410-414.

FRIESTAD, C. e KJELSBORG, E. Drug use and mental health problems among prison inmates - Results from a nation-wide prison population study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2009, 63(3), 237-245. doi: 10.1080/08039480802571044

JOHNSON, K. A. e LYNCH, S. M. Predictors of maladaptive coping in incarcerated women who are survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Family Violence*. 2013, 28, 43-52.

KRAEMER, S., GATELY, N. e KESSELL, J. *HOPE (Health of Prisoner Evaluation): Pilot study of prisoner physical health and psychological wellbeing*. Joondalup: Edith Cowan University, 2009.

LYNCH, S., DEHART, D., BELKNAP, J. e GREEN, B. Women's pathways to jail: Examining mental health, trauma, and substance use. *Bureau of Justice Assistance*. Washington, DC: U. S. Department of Justice, 2013. Disponível em: <https://www.bja.gov/Publications/WomensPathwaysToJail.pdf>

MADUREIRA, C. e JÓLLUSKIN, G. Mujeres reclusas y adaptación al medio penitenciario: un estudio en el establecimiento prisional especial de santa cruz do bispo. In: F. J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña, R. Arce e A. Bernardo (eds.). *Psicología jurídica - Entorno judicial y delincuencia*. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo, 2008, pp. 331-334.

MARINHO, A. M. *O consumo de substâncias psicoativas, a saúde e a saúde mental numa amostra de reclusos*. Dissertação de Mestrado em Medicina, Universidade da Covilhã, 2011.

MARTINS, J. A *prática da Saúde em contexto prisional: Relação entre profissionais de saúde e reclusos*. Dissertação Licenciatura em Criminologia, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.

MOREIRA, N. A. e GONÇALVES, R. A. Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*. 2010, 28(1), 133-148.

NAVARRO, R. B. et al. Diseño participativo de una guía para la promoción de la salud mental en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2013, 15, 44-53.

OPSS [Observatório Português dos Sistemas de Saúde]. *Guião para o debate público*, s/d. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/saude+nas+prisoas+portuguesas.pdf>

PINESE, C. *Identificação da depressão em mulheres no sistema prisional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2009.

SAMPAIO, F. e CARLOS, D. A saúde mental e os estabelecimentos prisionais: implementação de programas de promoção da saúde mental. In: C. SEQUEIRA e L. SÁ (coord.). *Informação e saúde mental: Actas do III Congresso da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2011, pp. 331-334 [consultado 25 fevereiro 2014]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/78902396/E-Book-III-Congresso-SPESM-Informacao-e-Saude-Mental>

SILVA, N. et al. Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária. *Arquivos Catarienses de Medicina*. 2011, 40(1), 72 -76.

STEADMAN, H., OSHER, F., ROBBINS, P., CASE, B. e SAMUELS, S. Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*. 2009, 60(6), 761 -765.

WATSON, R., STIMPSON, A. e HOSTICK, T. Prison health care: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2004, 41, 119-128.

► Proteção específica das crianças através da capacitação dos pais

Ana Rita Cavaco¹ & M. Lourdes Varandas²

¹ACES II Lisboa Oriental – UCSP Mónicas.

²Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), PhD.

Contacto: arpc@netcabo.pt • lcosta@esel.pt

Resumo

Introdução: A vacinação é considerada, de entre todas as medidas de Saúde Pública, a que melhor relação custo-efetividade tem evidenciado. É um dos mais bem-sucedidos programas de baixo custo nas intervenções de saúde pública. Este projeto é elaborado no âmbito do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e implementado numa UCSP de um ACES de Lisboa, com o objetivo geral de promover a imunização individual e de grupo (famílias e comunidade onde se inserem), segundo o atual PNV. **Metodologia:** O projeto segue a metodologia do processo de Planeamento em Saúde e foi utilizado o Modelo de Promoção da Saúde (Pender, Murdaugh e Parsons 2011). A população é constituída pelas crianças inscritas na UCSP, nascidas em 2010, 2005 e 1998, num total de 397 crianças. Utilizou-se o questionário aos pais da APIFARMA e GFK já validado para o efeito, aplicado a 30 pais que correspondem a 30 crianças. **Resultados:** Priorizou-se com recurso à grelha de análise. Os principais problemas identificados foram Conhecimentos diminuídos sobre vacinas e PNV e Conhecimentos diminuídos sobre doenças evitáveis pelo PNV. As principais fontes de conhecimento dos pais são o médico e a internet. **Discussão:** Optou-se por sessões educativas individuais, em casa dos pais, com recurso aos seus computadores. Utilizaram-se folhetos em suporte digital e recorreu-se à internet. Implementou-se um sistema único de convocações na UCSP com recurso a estratégias digitais e visitação domiciliária. **Conclusão:** A avaliação demonstra que foram atingidos, e ultrapassados, os objetivos propostos e as metas. A intervenção cognitiva revelou-se bastante eficaz através das sessões educativas individuais. O facto de serem individualizadas e realizadas no ambiente dos pais potenciou as ações que levaram à mudança de comportamentos.

Palavras-chave: Vacinação; imunização; crianças; promoção da saúde; planeamento em saúde.

Abstract

Introduction: Vaccination is considered, among all public health measures, the most cost-effectiveness. It is one of the most successful programs in low-cost public health interventions. This project is developed within the 4th Masters Course in Community Nursing and implemented in a UCSP at ACES Lisbon, with the overall goal of promoting individual immunization and group (families and the community in which they operate), according to the current PNV. **Methodology:** The project follows the methodology of process Planning Health and the Health Promotion Model (Pender, Murdaugh e Parsons 2011) was used. The population consists of children enrolled in UCSP, born in 2010, 2005 and 1998 a total of 397 children. We used the questionnaire to parents APIFARMA and GFK already validated for this purpose, administered to 30 parents who match 30 children. **Results:** Prioritized up using the analysis grid. The main problems identified were diminished knowledge about vaccines and PNV and knowledge about preventable diseases decreased by PNV. The main sources of parental knowledge are the doctor and the internet. **Discussion:** We decided by individual educational sessions at home parents, using their computers. We used flyers on digital media and resorted to the internet. We implemented a unique system calls in UCSP employing digital and visitation strategies. **Conclusion:** The evaluation shows that have been achieved and exceeded the proposed objectives and goals. Cognitive intervention proved quite effective through individual educational sessions. The fact that they are individualized and performed in parents environment potentiate the actions that led to behavior change.

Keywords: Vaccination; immunization; children; health promotion; health planning.

Introdução

Este projeto foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular, Opção II do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Será implementado numa UCSP integrada no ACES Lisboa Central e segue a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde.

Surge como uma das etapas na aquisição de competências de um saber especializado em Enfermagem Comunitária. As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública estão definidas, pela Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento n.º 128/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011 e são as seguintes:

- 1 - Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- 2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- 3 - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- 4 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Para Le Boterf (2003), para enfrentar os desafios aos quais estão expostas, as empresas precisam de profissionais que atuem com iniciativa, indo além do prescrito, fazendo escolhas e tomando decisões, ao invés de indivíduos limitados ao desempenho de tarefas pré-definidas.

Em janeiro de 2012, constatou-se que a UCSP apresentava taxas de vacinação extremamente baixas para as crianças nascidas em 2010, 2005 e 1998. Estes valores variavam entre os 40% e os 70%. O Departamento de Saúde Pública da ARSLVT divulgou, nesta data, o Relatório de Avaliação de Cobertura Vacinal 2011/2012. Neste Relatório foram identificados alguns aspetos críticos que podem ter contribuído para estes resultados: elevada percentagem (%) de população estrangeira flutuante com falsas moradas, um grande número de duplicação de inscrições (utentes com inscrições noutras unidades), ausência de convocatórias regulares ao longo de 2011, baixa taxa de comparências (25%), falta de enfermeiros, inscrições esporádicas em grande número e pouca articulação entre a equipa clínica (enfermeiros, secretários clínicos e médicos).

Segundo Le Boterf (2003), a necessidade de responder rapidamente às complexidades de um ambiente em constante mutação passa a exigir dos dirigentes organizacionais uma maior aposta na capacidade de adaptação, de iniciativa e de criatividade dos indivíduos. O projeto é pertinente por responder a uma necessidade da UCSP e ao mesmo tempo, responde à necessária aquisição de competências de um saber especializado em enfermagem comunitária. A intervenção dirige-se especificamente às crianças nascidas em 2010, 2005 e 1998 com vacinas em atraso. O objetivo geral é promover a imunização individual e de grupo (famílias e comunidade onde se inserem), segundo o atual PNV. A taxa de cobertura vacinal nacional é, em média, igual ou superior a 95% para cada vacina do PNV, “a não vacinação assume uma variedade de formas que se encontram insuficientemente estudadas e comparadas em diferentes planos, nacional e internacional.” (Cunha e Durand 2008, p. 4)

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento é um instrumento de otimização de recursos, independentemente do país ou do sistema de saúde implementado, e permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde. A terceira revolução em saúde está associada à necessidade de redução de custos face às mudanças na etiologia da morbilidade e mortalidade. Ramos (1988) refere que esta revolução se caracteriza pela aproximação dos serviços de saúde à comunidade. O aumento do poder do consumidor torna-o mais exigente e com maior capacidade crítica. Embora a racionalização dos custos seja inevitável, espera-se que se traduza em medidas de capacitação e co-responsabilização do cidadão de modo a que lhe seja proporcionado o melhor serviço com vista à promoção e proteção da sua saúde. A vacinação é considerada, de entre todas as medidas de Saúde Pública, a que melhor relação custo-efetividade tem evidenciado.

Metodologia

Para Imperatori e Giraldes (1993) o planeamento define-se como a aplicação da lógica na transformação da realidade, utilizando a racionalidade das decisões e a capacidade de moldar a realidade para ser possível referir-mo-nos ao futuro. Isto só se torna possível tendo por base um modelo pré-definido.

As intervenções de enfermagem na prestação de cuidados – e a forma como as planeamos e optamos por umas em detrimento de outras, tendo por base a evidência científica – dependem financeiramente do Governo, da disponibilização de recursos para implementar ou não uma estratégia de prevenção abrangente. Essa disponibilidade apenas existirá, do ponto de vista económico, se o Governo tiver dados sobre poupança efetiva.

Cabe também aos enfermeiros este papel de traduzir em dinheiro as intervenções, demonstrando por que é preciso implementá-las de uma determinada forma. A recomendação de intervenções baseadas em evidência altera a prestação de cuidados e isso só é possível através do planeamento em saúde. Dele depende a avaliação das políticas implementadas e os seus resultados servem para dar, a cidadãos e políticos, as bases para discutir e avaliar ideias, objetivos e resultados, bem como tomar decisões.

O projeto tem como referencial teórico de enfermagem, o Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender. A intervenção dos enfermeiros nos CSP requer a utilização de Modelos que permitam capacitar para a adoção ou alteração de comportamentos. Este modelo é importantíssimo para a prática diária nos CSP por permitir implementar e avaliar ações de promoção da saúde. O objetivo é capacitar o indivíduo para que este cresça e progrida com vista ao bem-estar geral, através do desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem esse bem-estar (Pender, Murdaugh e Parsons 2011). É um modelo de análise que ajuda a entender e explicar o fenómeno da adesão, através de comportamentos relacionados com a promoção de saúde.

O modelo utiliza como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura e o Modelo da Teoria da Ação Racional de Fishbein, ambos da psicologia. A pessoa é o centro do modelo e pretende alcançar a saúde de uma forma única e de acordo com a sua cognição, percepção e fatores sociais. A saúde é entendida como um estado positivo (Sakraida 2004).

É um modelo individual, não se aplica a grupos, e pode aplicar-se ao longo de todo o ciclo vital para explicar a mudança de comportamento. A pessoa gere ativamente o seu comportamento de saúde. Os conceitos principais são: fatores cognitivo-perceptivos e fatores modificadores. Os primeiros incluem: a importância da saúde, o controlo percebido da saúde, a autoeficácia percebida, a definição de saúde, o estado de saúde percebido, os benefícios percebidos resultantes da adoção de determinado comportamento e os obstáculos para realizar a ação. Os segundos referem-se a características demográficas, biológicas, influências interpessoais, fatores situacionais e comportamentais (Pender, Murdaugh e Parsons 2011).

Participantes

A população é constituída por todas as crianças inscritas na UCSP, nascidas em 2010, 2005 e 1998, num total de 397 crianças. A amostra são as crianças destes *coortes* vacinais com vacinas em atraso (30 crianças), aplicados os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. A população alvo são os pais destas crianças, na medida em que são eles os responsáveis por comparecer ou não à vacinação. Recorreu-se à pesquisa informática em todas as bases de dados utilizadas pela UCSP e reconhecidas pela ACSS para obtenção de dados relativos ao estado vacinal, ou outros, das crianças nestes *coortes*: SINUS, SAPE, Plataforma RCV, PDS e ficheiro de convocatórias escritas efetuadas pela UCSP. Optou-se pelo método de amostragem não probabilística, intencional, onde não há probabilidade igual de qualquer elemento da população ser escolhido para constituir a amostra.

Instrumento de Colheita de Dados

Utilizou-se o questionário aos pais da APIFARMA e GFK do estudo “O Valor das Vacinas”. O questionário a aplicar está de acordo com o referencial teórico. As perguntas dividem-se em

caraterização, através de indicadores demográficos, sociais, financeiros e estado vacinal; em conhecimento sobre doenças evitáveis pelas vacinas do PNV e sobre as próprias vacinas; bem como em questões comportamentais. O instrumento está validado e reconhecido pela DGS.

Procedimentos

Após a análise dos dados foram identificados os seguintes problemas: 1) Conhecimentos diminuídos sobre vacinas e PNV, 2) Conhecimentos diminuídos sobre doenças evitáveis pelo PNV, 3) Imunização deficiente devido a conhecimentos diminuídos. Para determinação de prioridades escolheu-se a técnica da grelha de análise. Os problemas selecionados com maior prioridade para intervir na comunidade são o 2 e o 3, conhecimentos diminuídos sobre doenças evitáveis pelo PNV e, consequentemente, imunização deficiente.

Após a priorização foram formulados os diagnósticos de enfermagem com base na CIPE® versão 2 (ICN e OE 2011), Comportamento de procura de saúde e adesão à vacinação não demonstrados, Conhecimentos dos pais sobre vacinação não demonstrados. Tendo por base os diagnósticos de enfermagem identificados para a população alvo, definiu-se como objetivo geral da intervenção: "Capacitar os pais para adesão à vacinação, para as 12 doenças evitáveis pelo PNV" e como objetivos específicos: i) transmitir conhecimentos aos pais sobre doenças evitáveis através do PNV; ii) transmitir conhecimentos aos pais sobre o PNV e divulgá-lo. Estabelecemos como metas para os objetivos específicos, a alcançar no final da intervenção: Que seja possível aumentar, em 75% dos pais, conhecimentos sobre doenças evitáveis pelo PNV e vacinas administradas através do PNV para protecção específica das crianças, até Fevereiro de 2014; Que seja possível realizar 30 sessões de formação individuais, aos pais, sobre doenças evitáveis pelo PNV e vacinas administradas através do PNV até 15 de Janeiro de 2014; Vacinar 95% das crianças até 31 de Janeiro de 2014; Aumentar em 75% o comportamento de procura de saúde dos pais, até Fevereiro de 2014; Que seja possível implementar um sistema de convocações para adesão à vacinação que envolva toda a equipa clínica da UCSP, até Fevereiro de 2014.

A etapa seguinte é a seleção de estratégias, para Imperatori e Giraldes (1993), a seleção de estratégias é a escolha de um conjunto de técnicas específicas para alcançar os objetivos fixados. Selecionam-se as mais adequadas, tendo em conta custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada uma.

Análise dos Resultados

De acordo com o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, a educação para a saúde é ao mesmo tempo a arte e a ciência de ajudar as pessoas a fazer mudanças de estilos de vida, uma combinação de apoios educacionais para as ações e condições de vida que conduzem ao estado de saúde desejado através da mudança de comportamentos (Pender, Murdaugh e Parsons 2011). Estas modificações de comportamento processam-se através da alteração dos conhecimentos (cognição) para que a pessoa gira ativamente o seu comportamento de saúde. Foi decidido, como principal estratégia, a educação para a saúde dirigida aos pais, através de sessões individuais sobre o PNV e doenças evitáveis pelo mesmo. Trabalhar os conhecimentos dos pais sobre vacinação é também investir em comportamentos promotores de saúde nas crianças. Ajudar os pais na compreensão da vacinação e na sua escolha para proteger os seus

filhos, é um dos aspectos mais importantes do trabalho dos profissionais de cuidados de saúde primários (ECDC 2013). Foi possível aplicar os 30 questionários. Nos resultados obtidos, dos 30 inquiridos, 16 pais (53%) procuram informações sobre vacinas na *internet* e 10 (33%) usa o mesmo meio para obter informações sobre doenças evitáveis pelo PNV. O ECDC (2013) refere que muitos pais querem trabalhar em parceria com os enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde.

Também Pender (2011) refere que o crescimento e melhoria na tecnologia *internet* tornou-se uma parte essencial da vida quotidiana. A informação é extensa e está acessível em praticamente qualquer tópico, podendo ser acedida a qualquer momento, em qualquer localização geográfica. No entanto, a qualidade das informações de saúde disponíveis é altamente variável, indicando que os indivíduos precisam aprender a avaliar a informação. Os enfermeiros devem partilhar o seu conhecimento de programas eficazes e *sites da internet* fidedignos, o que irá reforçar o papel do indivíduo no seu autocuidado.

Para intervir junto da equipa da UCSP decidimos pela mesma abordagem individual, explicando as razões da necessidade de uma estratégia comum para implementar um sistema de comunicação entre enfermeiros, médicos, administrativos e pais no que respeita à vacinação.

As estratégias selecionadas não comportam custos acrescidos para o serviço. As ações individuais decorreram no domicílio dos pais, com recurso ao computador dos mesmos e a folhetos informativos em suporte digital. Identificámos a *internet* como um recurso importante de aprendizagem. Todos os pais dispõem de computador com ligação à *internet* e utilizam o motor de busca *google* e referem ser mais fácil aceder a conteúdos informáticos para folhetos do que em suporte de papel. Assim, relativamente à informação sobre doenças evitáveis pelo PNV e vacinas administradas através do PNV, decidiu-se criar um folheto informativo, em suporte digital, para guardar no ambiente de trabalho do computador dos pais. Para evitar a perda de informação sobre o calendário do PNV, recorremos ao Boletim de Saúde Infantil de cada criança que contém na primeira página o calendário de administração de vacinas de acordo com o PNV. Desta forma, diminuámos o risco de os pais perderem folhetos em papel e, consequentemente, perderem informação. Seguindo o mesmo princípio, recorremos aos *sites de internet*, Portal de Saúde Pública e da DGS para divulgar conhecimentos sobre cada uma das doenças evitáveis pelo PNV e respetivas vacinas nele integrado. Será criado um acesso rápido a estes *sites de internet* no computador dos pais.

Os conteúdos do folheto informativo em suporte informático foram retirados do *site da internet* do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC).

Discussão de Resultados

Todos os pais participaram nas sessões educativas e mostraram preferência por sessões individuais, utilização de *internet* e suporte digital. Foram atingidos os objetivos propostos e as metas, que ultrapassaram mesmo o definido. O indicador utilizado foi o número total de participantes nas sessões (30 pais, 100%)/ número de participantes que obtiveram conhecimentos sobre doenças evitáveis (90%, 27 pais) e/ou vacinas administradas através do PNV nas respectivas idade chave (83%, 25 pais). O diagnóstico de enfermagem, formulado com base na CIPE®, “conhecimentos dos pais sobre vacinação” passou de não demonstrado a demonstrado.

As estratégias, considerando as metas e os objectivos atingidos e superados, revelaram-se adequadas e foram descritas pelos pais como esclarecedoras, próximas e de grande ajuda. Aliás, as estratégias escolhidas antecipam as mais recentes propostas do Ministério da Saúde e da Direcção Geral da Saúde para o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). O Boletim de Saúde Infantil e Juvenil terá uma versão digital, o *eBoletim*, que permitirá aos pais optarem por esta alternativa em vez do modelo em suporte de papel. O *eBoletim* é de fácil utilização, está disponível através de *Internet* e terá um sistema automático de alerta, aos utentes e aos profissionais de saúde, que avisa os pais por *e-mail* sempre que existam vacinas em atraso.

Foi definido como meta a implementação de um sistema único de convocações para adesão à vacinação. Foi implementado um algoritmo de actuação, utilizado por toda a equipa clínica da UCSP. Este sistema está a funcionar desde setembro de 2013 e prevê-se a sua avaliação plena em janeiro de 2015, altura em que serão calculadas as taxas de adesão à vacinação para os *coortes* escolhidos para a análise de 2014 (nascidos em 2012, 2007 e 2000). Ainda assim, apesar de implementado há apenas 4 meses, esta estratégia refletiu-se nas taxas de adesão dos *coortes* em estudo para 2013 (2011, 2006 e 1999), 100%, 100% e 95,8% respetivamente.

Foi proposto aos pais vacinar os filhos na UCSP em qualquer um dos dias da semana. Todos compareceram, até ao final de janeiro. Foram superados os objetivos e as metas, o indicador utilizado foi o número total de participantes nas sessões/número de pais que compareceram para vacinar os filhos (100% dos pais) e/ou vacinados efetivamente (100% das crianças). Os diagnósticos de enfermagem, formulados com base na CIPE®, “adesão à vacinação” e “comportamento de procura de saúde” passaram de não demonstrados a demonstrados. As estratégias definidas revelaram-se eficazes.

Conclusões

A intervenção cognitiva revelou-se bastante eficaz através das sessões educativas. O facto de as sessões educativas serem individualizadas e realizadas no ambiente dos pais, potenciou as ações que levaram à mudança de comportamentos. Com mais facilidade, através das estratégias escolhidas, foi possível aos pais perceber as barreiras e os benefícios da vacinação a curto prazo. Por outro lado, as mudanças de comportamento relativas à vacinação diminuem o risco de contrair qualquer uma das 12 doenças evitáveis através do PNV, poupando recursos ao Estado.

Para Leger e Nutbean (2000), 1 euro gasto na promoção da saúde representa um ganho de 14 euros em serviços de saúde. Biscaia (2008) refere que os sistemas de saúde assentes em cuidados de saúde primários estruturados (CSP) são mais efetivos e custam menos, alcançam maiores índices de equidade e acessibilidade, bem como aumentam os níveis de saúde e satisfação das pessoas. Também Atun (2004) considera que os cuidados de proximidade conseguem melhor desempenho, melhores resultados, mais equidade e acessibilidade, melhor relação custo-benefício e maior satisfação do cidadão. Este projeto, com os resultados alcançados, poderá ser o início de um processo com ganhos de saúde para todos os utentes do ACES, na medida em que pode ser aplicado a qualquer utente, em qualquer idade ou *coorte* de avaliação. As estratégias selecionadas podem ser utilizadas, genericamente, em qualquer unidade de saúde dos CSP.

Portugal atravessa uma grande crise económica, fator com influência no sucesso ou insucesso das nossas intervenções. Vários autores referem os contextos de crise económica como desafios para a profissão (Doran 1998; Fawcett 2001), por serem uma janela de oportunidade para demonstrar ao poder político como a intervenção dos enfermeiros dos CSP racionaliza custos, sem prejuízo para os utentes, para a sua individualidade e para a excelência dos cuidados. O Modelo de Fawcett (2001) demonstra que existe uma influência directa dos resultados da prática de enfermagem na política de saúde, especialmente no contributo de práticas inovadoras para o desenvolvimento de novas políticas de saúde.

Bibliografia

- APIFARMA e GFK. A percepção do «valor» das vacinas, 2012 [consultado 25 abril 2013]. Disponível em: <http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/An%C3%A1lise%20Valor%20das%20Vacinas.pdf>
- ATUN, R. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a healthcare system to be more focused on primary care services?* Health evidence network report. London:WHO/Europe, 2004.
- BISCAIA, A., MARTINS, J., CARREIRA, M., GONÇALVES, I., ANTUNESR. e FERRINHO, P. *Cuidados de Saúde de Primários em Portugal, reformar para novos sucessos*. 2.ª ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2008.
- CUNHA, M. e DURAND, J. Y. *Nas fronteiras do corpo, do saber e do estado: Vacinação e sociedade*, 2008 [consultado 17 julho 2013]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/7650>
- DORAN, I., SIDANI, S. e HALL, M. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*. 1998, 16(2), 58-64, 87.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Programa Nacional de Vacinação. Portugal, 2012 [consultado 28 maio 2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016935.pdf>
- ECDC [European Centre For Disease Prevention And Control]. *Let's talk about protection*, 2013 [consultado 28 maio 2013]. Disponível em: <http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/comms-aid/Pages/protection.aspx>
- FAWCETT, J. e RUSSEL, G. A conceptual model of nursing and health policy. *Politics & Nursing Practice*. 2001, 2(2),108-116.
- IMPERATORI, E. e GIRALDES, M. R. *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços-centrais, regionais e locais*. 3.ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.
- ICN e OE [International Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros]. *CIPE 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão 2*. Lisboa: Lusodidacta, 2011.
- LE BOTERF, G. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Bookman Artmed, 2003.
- LEGER, St. L. e NUTBEAM, D. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part two: evidence book. *The Context for Health Promotion in Schools. Report by the International Union for health Promotion and Education*, 10, 2000.
- PENDER, N. J., MURDAUGH, C. L. e PARSONS, M. A. *Health promotion in nursing practice*. 6.ª ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2011.

► Efeito de um programa de visitação domiciliária de enfermagem na qualidade de vida dos doentes com coxartrose submetidos a artroplastia total da anca

António Manuel Pinto¹ & Amâncio Carvalho²

¹ Centro hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD).

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

Contacto: aampinto@gmail.com • amancioc@utad.pt

Resumo

Objetivo: Avaliar o efeito de um programa de visitação domiciliária de enfermagem na QV dos participantes. **Método:** Trata-se de um estudo quasi-experimental, com um grupo controlo (n=23) e um grupo experimental (n=21), a quem foi aplicado um Formulário, contendo a escala HOOS LK 2.0. **Resultado:** As variáveis Sintomas, AVD, Classe etária, Situação conjugal, Escolaridade, Residência, Condição perante o trabalho e o IMC não se mostraram discriminatórias no presente estudo relativamente à QV. Verificou-se um aumento da média da QV após a ATA mais acentuada no grupo experimental, sendo que o Programa de Visita Domiciliária teve um ligeiro efeito sobre o domínio QV, uma vez que a sua média aumentou da O1 para a O2, mas não sendo estatisticamente significativo, concluindo-se que terá tido um efeito reduzido.

Palavras-chave: HOOS; coxartrose; qualidade de vida; visita domiciliária enfermagem.

Abstract

Objective: This study aimed to evaluate the effect of nursing home visit, the quality of life of patient, undergoing total hip arthroplasty. **Methods:** It is a quasi-experimental study, with a control group (n=23) and an experimental group (n=21), whom were applied a form, which contains HOOS LK 2.0 scale. **Results:** The variables Symptoms, ADL, Age class. Marital status, Education, Residence, Labor status and IMC weren't discriminatory in this study, in relation to QOL. There was an increase in the average QOL after a ATA, more marked in the experimental group, since their average increased from O1 to O2, but not being statistically significant, concluding that have had little effect.

Keywords: Nursing, HOOS, Coxarthrosis, Quality of Life, Nursing Domiciliary Visit

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existam 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos com 80 ou mais anos constituem o grupo etário com maior crescimento (WHO 2010). Atualmente, 19% da população portuguesa é idosa, sendo que a população com mais de 70 anos representava 14% da população em 2011 (INE 2012).

O aumento da expectativa de vida conduz ao aparecimento de alterações no estado de saúde dos indivíduos com maior incidência nas doenças crónicas e degenerativas. A Osteoartrite (OA) é uma doença reumática, progressiva e degenerativa que leva à cronicidade, que afeta aproximadamente um terço da população idosa nos Estados Unidos (Focht 2006). Faustino (2002), refere que dados de nove estudos portugueses realizados entre 1976 e 2000, indicam que as doenças de origem reumática são a patologia crónica mais prevalente, representando 28% a 37% das patologias crónicas na população portuguesa.

Coxartrose é a nomenclatura que se atribui à OA da anca, sendo das doenças articulares degenerativas a mais frequente. É uma doença mais ou menos incapacitante, dolorosa, que interfere não só com a atividade física dos indivíduos, mas influencia também esferas familiares, laborais, sociais e económicas. Esta coloca os utentes numa dependência extrema em relação aos outros, para a concretização das atividades mais vulgares da vida diária e social (Palma 1996 cit. in Floro 2007).

De início, a dor está presente com o movimento, aumentando gradualmente de frequência e intensidade, surgindo mesmo em repouso. Com o agravamento surge rigidez, deformidade, sinais inflamatórios, crepitação articular, limitação do movimento articular e claudicação na marcha, que tende a agravar-se de forma progressiva ao longo do tempo, intensificando a incapacidade funcional para as AVDs e consequente diminuição da Qualidade de Vida (QV). A Coxartrose é responsável pela maioria das 168.000 Artroplastias Totais da Anca (ATA), realizadas nos Estados Unidos por ano (Johanson, Cohen, Snyder, McKinley e Scott 2009), e segundo o Registo Português de Artroplastia (RPA), em Portugal, realizam-se 3 279 ATA primárias 2010 (Ribeiro 2011).

Para Patrizzi et al. (2004), na evolução das técnicas operatórias do aparelho locomotor, relacionadas com a OA, pode destacar-se a ATA que representa o maior progresso das cirurgias ortopédicas que, apesar de ser um procedimento cirúrgico radical (substituição total da articulação por uma prótese), melhora a QV dos indivíduos, proporcionando-lhes o regresso às suas AVDs e até mesmo às atividades laborais e sociais, entre outras. A ATA teve o seu início na década de 1960, sendo considerada um tratamento revolucionário, apresentando bons resultados a longo prazo, estando hoje entre as cirurgias ortopédicas de maior sucesso. Esta pretende restaurar ao máximo a integridade e restabelecer a funcionalidade da mesma (Harkess 2006). Também Rampazo e D'Elboux (2010) referem que a ATA é o tratamento eficaz no tratamento da OA severa da anca e ainda em caso de fratura da anca.

Contemporaneamente, a QV é uma expressão divulgada nos vários quadrantes da sociedade, sendo que o termo “qualidade de vida” tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos. Ela pode ser baseada em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconómico e satisfação. Mas também pode estar relacionada com os seguintes compo-

nentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação económica e autoproteção de saúde (Santos, Santos, Fernandes e Henriques 2002).

A QV adquiriu grande importância, nomeadamente quando aplicada aos cuidados de saúde, especificamente à enfermagem, pelo facto do desenvolvimento da medicina contribuir para o aumento da longevidade, o aumento significativo da esperança média de vida, mesmo para indivíduos portadores de doenças crónicas, com implicações no seu bem-estar (Floro 2007).

A QV é também uma ferramenta útil na investigação em enfermagem, podendo ser utilizada para medir a influência das intervenções de enfermagem ao nível dos sintomas, do tratamento ou da recuperação funcional, entre outras, uma vez que as ações de enfermagem devem promover alterações no bem-estar global dos indivíduos (Santos e Ferreira 2009).

Após a alta hospitalar, o utente submetido a ATA ainda apresenta limitações na realização das suas AVDs pelo que a visita domiciliária (VD) por parte da enfermagem é de grande importância e necessária no auxílio que este utente necessita para o regresso a uma vida “normal”.

A importância da continuidade da prestação de cuidados na qualidade dos cuidados prestados ao utente, nos ganhos em saúde e na diminuição das taxas de internamento, requer por parte do enfermeiro o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados” (Nunes et al. 2005, p. 107). A VD tem como objetivo, promover, manter ou restaurar a saúde, procurando maximizar a independência e minimizar o efeito da doença ou da incapacidade sobre o indivíduo, contribuir para o incremento das premissas da promoção de saúde definidas pela OMS, promovendo e maximizando na sua prática ganhos em saúde.

Após a ATA, o utente apresenta ainda um conjunto de limitações nas suas atividades de vida que lhe são “impostas”, para o sucesso da artroplastia e, consequentemente, para a sua plena recuperação, sendo que estes utentes não necessitam de uma intervenção dirigida apenas ao tratamento curativo relacionado com uma situação aguda, mas sim de uma abordagem direcionada para as necessidades de apoio nas AVD e nos cuidados de reabilitação.

A VD pode ser vista como um continuum dos cuidados de saúde prestados ao indivíduo ou famílias, pois estes são proporcionados em contexto domiciliário e têm como objetivo, promover, manter ou restaurar a saúde, procurando maximizar a independência e minimizar o efeito da doença ou da incapacidade sobre o indivíduo, promovendo um regresso mais precoce ao domicílio, reduzindo o tempo de internamento, diminuindo igualmente o risco de comorbilidades como é o caso da infeção. A visita domiciliária de enfermagem permite a realização de atividades programadas no domicílio.

Para Oliveira, Jansen e Almeida (2007), “frente à relevância do cuidado prestado ao paciente submetido a artroplastia do quadril, incorpora-se a prática da visita domiciliária como ferramenta para a promoção da saúde” (p.75), visita essa em que o enfermeiro pode adotar ações que promovam um potencial de autonomia e promoção da QV. É no âmbito desta problemática que se insere este estudo, que tem como objetivo: Avaliar o efeito de um programa de visita domiciliária de enfermagem na QV dos participantes.

Metodologia

Trata-se de um estudo quasi-experimental, antes-após (pré-teste-pós-teste), não randomizado, com um grupo Experimental (n=21) e Grupo Controlo (n=23). É ainda um estudo prospetivo, longitudinal, com a duração de 9 meses. A intervenção é a variável independente, manipulada pelo investigador, que no presente estudo é o programa de intervenção de enfermagem. Por sua vez, a variável dependente, sobre a qual se exercem os efeitos da variável independente (intervenção), neste estudo é a QV dos utentes submetidos a ATA. Na implementação deste estudo, foram efetuadas duas recolhas de dados, antes e após a intervenção, ou seja, a implementação do programa de intervenção de visita domiciliária de enfermagem comunitária.

Participantes

A população em estudo é o universo de todos os utentes submetidos a ATA durante o espaço de tempo em que decorre o estudo, que constou de 50 utentes submetidos a ATA no Serviço de Ortopedia do CHTMAD, EPE, unidade de Vila Real. Dos 44 utentes elegíveis que aceitaram participar no estudo, 21 foram sujeitos a programa de intervenção em enfermagem que compõem o grupo experimental (GE) e 23 não o foram, os quais constituem o grupo (GC).

Instrumentos

O instrumento de recolha de dados utilizado no presente estudo foi um formulário, constituído por três partes: a primeira parte consta da caracterização sociodemográfica, dos dados antropométricos e ainda da escala numérica para avaliação da dor; a segunda parte é composta pela escala de *Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score* (HOOS LK 2.0), validada para população portuguesa por Nunes, Cabri e Gil (2009); a terceira parte é constituída por questões relativas ao programa de intervenção, após a alta hospitalar e a sua implicação na QV do utente.

Procedimentos

Para realização deste estudo, foi pedida autorização ao Conselho de Administração do CHTMAD, EPE. A aplicação do instrumento de recolha de dados decorreu de julho a dezembro de 2012. O primeiro momento de avaliação foi efetuado no pré operatório com o utente interno, sendo o segundo realizado em regime de ambulatório ao 3.º mês pós-operatório.

Para a análise dos dados utilizou-se o SPSS 20.0. Recorreu-se aos testes estatísticos t de *Student* para amostras emparelhadas e MANOVA e, em alternativa, os testes não paramétricos Mann-Whitney (MW) e Kruskal-Wallis (KW), quando não se cumpriam os pressupostos. Considerou-se o nível de significância de 5%. Foi efetuada uma análise de comparação entre o GC e GE, com recurso aos testes não paramétricos de Wilcoxon para amostras emparelhadas e o teste de Mann-Whitney para amostras independentes.

Análise dos resultados

Verifica-se que, do total da amostra (n=44), a maioria dos utentes era do género masculino (61,4%), pertencia à classe etária dos 65 e mais anos (65,9%), tinha entre o 1.º e 2.º ciclos de escolaridade (61,4%), possuía a situação conjugal de casado (70,5%), residia predominantemente em meio rural (77,3%) e enquadrava-se na população não ativa (79,5%). A média da idade era de 68,3±10,503 anos, o mínimo 47 e o máximo os 85 anos. Não foram encontradas diferenças significativas entre o GE e o GC, no que se refere às características sociodemográficas (c^2 : $p>0,05$).

A média da pontuação do domínio QV, nos dois grupos em comparação, aumentou da O1 para a O2, com uma média de 12,07 pontos na O1 e de 49,1 pontos na O2, mas o aumento foi mais pronunciado no GE (52,98) que no GC (45,38) da O1 para a O2.

Tabela 1 - Distribuição das médias, mínimo e máximo dos domínios do HOOS por grupo e por observação

HOOS	Média	Grupo controlo			Grupo experimental			Total		
		Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
QV	O1	11,68	0,00	31,25	12,50	0,00	31,25	12,07	0,00	31,25
	O2	45,38	0,00	100	52,98	18,75	75,00	49,01	10,00	100

No cruzamento do domínio QV com as variáveis de atributo, quer na O1 quer na O2 não se observaram diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$) facto indiciador que as referidas características não influenciaram a QV.

Tabela 2 - Cruzamento do domínio QV do HOOS com as variáveis sociodemográficas

Variáveis	N	Média	Valor teste	Df	p
QV O1 X Género					
Masculino	27	24,09	MW = 186,50	-	0,289
Feminino	17	19,97			
QV O2 X Género					
Masculino	27	23,52	MW = 202	-	0,501
Feminino	17	20,88			
QV O1 X Classe etária					
45 – 64 anos	15	25,80	MW = 168	-	0,210
≥ 65 anos	29	20,79			
QV O2 X Classe etária					
45 – 64 anos	14	20,21	MW = 178	-	0,413
≥ 65 anos	30	23,57			
QV O1 X Situação conjugal					
Solteiro	4	17,50	KW = 1,044	2	0,593
Casado	31	22,37			
Viúvo	9	25,17			
QV O2 X Situação conjugal					
Solteiro	4	22,50	KW = 0,605	2	0,739
Casado	31	21,66			
Viúvo	9	25,39			
QV O1 X Escolaridade					
Não sabe ler e escrever	7	20,07	KW = 1,912	2	0,384
Sabe ler e escrever	10	27,25			
1.º e 2.º ciclos	27	21,37			
QV O2 X Escolaridade					
Não sabe ler e escrever	7	19,29	KW = 0,758	2	0,684
Sabe ler e escrever	10	21,50			
1.º e 2.º ciclos	27	23,70			
QV O1 X Residência					
Urbano	10	22,40	MW = 169	-	0,977
Rural	34	22,53			

QV O2 X Residência					
Urbano	10	23,85	MW = 156,50	-	0,701
Rural	34	22,10			
QV O1 X Condição perante o trabalho					
População ativa	9	26,06	MW = 125,50	-	0,341
População não ativa	35	21,59			
QV O2 X Condição perante o trabalho					
População ativa	9	19,78	MW = 133	-	0,469
População não ativa	35	23,20			

No sentido de avaliar o efeito do Programa de intervenção sobre a QV, procedeu-se à realização de análise multivariada através do teste MANOVA a 2 fatores fixos, entre o compósito da média da pontuação do domínio QV, nas duas observações, em que foram colocados sucessivamente como fatores, o programa de intervenção (GC e GE), com outro fator (variável independente), entre os quais, género, classe etária, situação conjugal, escolaridade, residência, condição perante o trabalho e IMC, não se observando na O1 e O2 diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).

Tabela 3 - Estatística da MANOVA a 2 fatores entre a variável experimental e uma variável independente sobre o compósito QV

Variáveis	N	Teste M.de Box (sig.)	Estatística	F	P	Potência
Programa de Intervenção (PI)			TP = 0,097	(2,39) = 2,102	0,136	0,406
Género						
Masculino	27	0,997	TP = 0,046	(2,39) = 0,951	0,395	0,203
Feminino	17					
Género x PI			TP = 0,106	(2,39) = 2,321	0,112	0,442
Programa de intervenção						
Classe etária			TP = 0,038	(2,39) = 0,778	0,467	0,173
45 - 64 anos	15	0,091	TP = 0,969	(2,39) = 0,614	0,547	0,145
65 e mais anos	29					
Idade x PI			TP = 0,010	(2,39) = 0,190	0,827	0,078
Programa de Intervenção						
Situação conjugal			TP = 0,083	(2,37) = 1,666	0,203	0,329
Solteiro	4					
Casado	31	0,701	TP = 0,028	(4,76) = 0,266	0,899	0,106
Viuvo	9					
Situação conjugal x PI			TP = 0,155	(4,76) = 1,595	0,184	0,470
Programa de Intervenção						
Escolaridade			TP = 0,009	(2,37) = 0,177	0,838	0,075
Não sabe ler e escrever	7					
Sabe ler e escrever	10	0,209	TP = 0,49	(4,76) = 0,049	0,750	0,158
1º e 2º ciclos	27					
Escolaridade x PI			TP = 0,036	(4,76) = 0,375	0,87	0,124
Programa de Intervenção						
Residência			TP = 0,034	(2,39) = 0,679	0,513	0,156
Urbano	4					
Rural	19	0,874	TP = 0,003	(2,39) = 0,051	0,950	0,057
Residência x PI			TP = 0,043	(2,39) = 0,866	0,428	0,188
Programa de Intervenção						
Condição perante o trabalho			TP = 0,019	(2,39) = 0,373	0,691	0,106
População ativa	9	0,157	TP = 0,986	(2,39) = 0,276	0,760	0,091
População não ativa	35					
Condição perante o trabalho x PI			TP = 0,990	(2,39) = 0,196	0,823	0,078
Programa de Intervenção						
IMC			TP = 0,019	(2,39) = 0,373	0,691	0,106
<18,5	0					
18,5 - 24,9	9					
25,0 - 29,9	16	0,157	TP = 0,968	(2,39) = 0,196	0,760	0,091
30,0 - 34,9	10					
35,0 - 39,9	9					
≥ 40,0	0					
IMC x PI			TP = 0,010	(2,39) = 0,196	0,823	0,078

Legenda: n – número de casos; TP – Traço de Pillai; F – F de Snecdor; p – probabilidade.

Verificou-se a existência de correlações positivas entre a QV e os restantes domínios do HOOS na O2, sendo que a correlação mais elevada se verificou entre a QV e as AVD ($r=0,769$) e a menos elevada entre a QV e o domínio Dor ($r=0,618$), significando isto que todos os domínios estão relacionados e que o aumento da pontuação dos outros domínios aumenta igualmente a pontuação da QV.

Tabela 4. Correlações entre os domínios da HOOS na O2

Variáveis		HOOS Dor O2	HOOS Sintomas O2	HOOS AVDO2	HOOS ADL O2
HOOS QV O2	N	44	44	44	44
	Sig	,000	,000	,000	,000
	r	,618**	,669**	,769**	,762**

Relativamente à satisfação com a VD, que foi aplicado ao GE, verificou-se que todos estes utentes consideram importante a existência de VD de enfermagem. Também o maior grupo destes utentes considerou a informação recebida como boa e muito boa, ambas as categorias com o mesmo percentual (47,6%), a VD foi avaliada pela maioria dos sujeitos (76,2%) como muito boa, sendo que 42,9% considera que a VD contribui Muito ou Bastante para a melhoria da QV.

Tabela 5. Distribuição das respostas do GE quanto à VD e EpS

Variáveis	Muito má (%)	Má (%)	Razoável (%)	Boa (%)	Muito Boa (%)
Como considera a informação fornecida pelos enfermeiros	0	0	4,8	47,6	47,6
De uma forma geral, como avalia a VD de enfermagem	0	0	0	23,8	76,2
Variáveis	Muito pouco (%)	Pouco (%)	Médio (%)	Muito (%)	Bastante (%)
De uma forma geral, em que medida a VD de enfermagem contribui para a melhoria da sua QV	0	0	14,2	42,9	42,9

Discussão dos resultados

Pela análise dos resultados relativos aos testes estatísticos, que comparam as características sociodemográficas entre os dois grupos, o facto de não terem revelado diferenças estatísticas significativas, é indiciador que as referidas características não influenciaram os resultados, referentes ao efeito do programa de intervenção de VD, entre estes dois grupos.

Não se verificou um aumento significativo da média da QV, em ambos os grupos, sendo no entanto este aumento mais pronunciado no GE. Este facto pode ficar a dever-se à existência ainda de alguma limitação de movimentos, com a dificuldade na realização das AVD's e, ainda, com o tempo decorrido desde a cirurgia. O mesmo sucedeu nos estudos de Nilsdotter et al. (2003), Groot et al. (2007) e Wei et al. (2012).

O aumento generalizado da média pode explicar-se pela ATA a que todos os sujeitos participantes foram submetidos. Por sua vez, o aumento mais substancial verificado, no GE, pode ficar a dever-se à aplicação do programa de VD, a que este grupo foi sujeito.

No teste de correlação de Pearson encontraram-se correlações entre a QV e os vários domínios, significando que todos os domínios se correlacionam com maior intensidade na O2, indo de encontro aos estudos de Nilsdotter et al. (2003), Grot et al. (2007) e Nunes (2012).

Pela avaliação da VD, por parte dos utentes submetidos a programa de intervenção, verificou-se que os utentes lhe atribuíram grande importância, o que demonstra a pertinência da sua implementação e da existência de protocolos e programas de intervenção.

Conclusão

Em síntese podemos afirmar que as variáveis sociodemográficas não influenciam a QV dos participantes e que o programa de VD provocou um aumento na média da QV, sobretudo no GE, que não foi estatisticamente significativo, concluindo-se que o referido programa terá tido um efeito reduzido.

Apesar do reduzido efeito na melhoria da QV do Programa de VD, atendendo à importância que os utentes lhe atribuíram, parece-nos pertinente considerar que a VD é uma boa estratégia para aumentar a QV, sendo importante a sua implementação a todos os utentes submetidos a ATA.

Referências bibliográficas

- FAUSTINO, A. Epidemiologia e importância económica e social das doenças reumáticas: estudos nacionais. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 2002, 27, 21-36.
- FLORO, C. *A qualidade de vida em doentes com coxartrose artroplastia total da anca: suporte social e estratégias de coping*. Dissertação de mestrado, Faro, 2007.
- FOCHT, B. C. Effectiveness of exercise interventions in reducing pain symptoms among older adults with knee osteoarthritis. *A Review Journal of Aging & Physical Activity*. 2006, 14(2), 212-235.
- INE [Instituto Nacional de Estatística]. *Estatísticas demográficas 2009*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2010. ISBN 978-989-25-0055-3
- HARKESS, James W. Artroplastia do quadril. In: S. Terry Canale ed. *Cirurgia ortopédica de Campbell*. 10.ª ed. São Paulo: Manole, 2006, p. 315-482.
- JOHANSON, M. A. et al. Outcomes for aging adults following total hip arthroplasty in an acute rehabilitation facility versus a subacute rehabilitation facility: A pilot study. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2009, 32(2), 29-34.
- NUNES, L. et al. *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2
- OLIVEIRA, M. L. P., JANSEN, M. M. e ALMEIDA, M. A. Visita domiciliar pré-operatória no programa de cuidado de enfermagem em artroplastia total de quadril. *Revista HCPA*. 2007, 27(2), 74-76.
- PATRIZZI, L. J. et al. Análise pré e pós-operatória da capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes portadores de osteoartrose de quadril submetidos à artroplastia total. *Revista Brasileira Reumatologia*. 2004, 44(3), 185-191.
- RAMPAZO, M. K. e D'ELBOUX, M. J. A influência de variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais sobre a qualidade de vida de idosos com artroplastia total do quadril. *Revista Brasileira Fisioterapia*. 2010, 14(3), 244-251.

RIBEIRO, J. C. *Relatório anual 2010-2011. Registo português de artroplastia*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, 2011.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flagan. *Revista Latino Am. Enfermagem*. 2002, **10**(6), 757-764.

SANTOS, C., MARTINS, T. e FERREIRA, R. Saúde e qualidade de vida: Contributos teóricos. In: *Saúde e qualidade de vida: O estado da arte*. Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009, pp. 15-25.

WHO [World Health Organization]. *The world health report. Mental health: New understanding, new hope*. Geneve: World Health Organization, 2001.

► Promoção da adesão à terapêutica na epilepsia: revisão sistemática

Vânia Linhares¹ & Rute Meneses²

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Enfermeira.

²Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Fernando Pessoa, Professor Associado.

Contacto: vania.linhares@gmail.com

Resumo

Introdução: A não adesão à terapêutica, na epilepsia, permanece elevada (Davis, Candrilli e Edin 2008), apesar das consequências para o indivíduo e para a sociedade. Assim, numa perspectiva de promoção da adesão à terapêutica, pretende-se identificar (propostas de) intervenções em indivíduos com epilepsia. **Metodologia:** Para tal recorreu-se às bases de dados SciELO (N=161) e PubMed (N=28) até 31 dezembro de 2013, sem restrições. Através dos títulos e/ou resumos foram selecionados os artigos elegíveis, com base nos seguintes critérios de inclusão: referência a intervenção/proposta de intervenção, em adultos com epilepsia e no âmbito da adesão. Posteriormente, os artigos completos foram analisados e sistematizada a informação relativa ao autor e ano, população-alvo e intervenção/proposta. **Resultados:** A maioria dos estudos que cumpriram os critérios (inclusão vs. exclusão), destinaram-se a adultos com epilepsia, tendo sido utilizadas, nas intervenções, estratégias educacionais e motivacionais, simultaneamente. **Discussão:** Estes resultados são consistentes com a literatura ao evidenciar a associação de intervenções complexas como promissoras na promoção da adesão (Haynes et al. 2008) e a implicação do paciente no processo de tomada de decisão. **Conclusão:** Sugerem-se, assim, intervenções nacionais que reconheçam o papel ativo do paciente no tratamento e afigurem-se possibilidades de intervenção para Enfermagem Comunitária.

Palavras-chave: Epilepsia; adesão à terapêutica; intervenção.

Abstract

Background: Non-adherence to therapy in epilepsy remains high (Davis, Candrilli e Edin 2008), despite the consequences for the individual and for society. Thus, a perspective of promoting adherence to therapy is intended to identify interventions (proposed) in individuals with epilepsy. **Methodology:** Resorted to the databases SciELO (N=161) and PubMed

(N=28) data up to December 31, 2013, without restrictions. Through the titles and/or abstracts the eligible articles were selected based on the following inclusion criteria: reference to intervention/ proposal, in adults with epilepsy and as part of membership. Subsequently, the complete articles were analysed and the information regarding the author and the year were systematized, target population and intervention/proposal. **Results:** Most studies which met the criteria (inclusion vs. exclusion) were aimed at adults with epilepsy, having used educational and motivational strategies, simultaneously. **Discussion:** These results are consistent with the literature by demonstrating the association of complex interventions as promising in promoting adherence (Haynes et al. 2008) and the involvement of the patient in the decision-making process. **Conclusion:** National interventions, which recognize the active role of the patient in treatment, are suggested, and there appears to be the possibility of intervention for community nursing.

Keywords: Epilepsy; adherence to therapy; intervention.

Introdução

A epilepsia, caracterizada pela ocorrência de crises epiléticas (Fisher et al. 2005), é uma das muitas doenças crónicas em que a não adesão à medicação é problemática (Davis, Candrilli e Edin 2008). As crises epiléticas, em geral, podem ser controladas com medicação antiepilética (WHO 2005; Piskorska et al. 2013), pelo que, a adesão à terapêutica, em indivíduos com epilepsia, é crucial, quer ao nível das crises epiléticas, quer na minimização do seu impacto no quotidiano (Eatock e Baker 2007). Todavia, a adesão à medicação antiepilética (AE) em adultos com epilepsia é inferior ao esperado (Davis, Candrilli e Edin 2008).

O conceito da adesão tem mudado ao longo do tempo, o que tem incentivado a uma visão de cooperação e acordo face ao tratamento recomendado (Eatock e Baker 2007), compreendendo o papel ativo do indivíduo face ao tratamento e à equipa de saúde (Bugalho e Carneiro 2004).

Muitos motivos são apontados para a não adesão à terapêutica, tais como: efeitos secundários da medicação, instruções insuficientes, relação ineficaz entre profissional de saúde e o indivíduo, dificuldades de memória, desacordo do indivíduo face à necessidade do tratamento, ou dificuldades financeiras (Haynes et al. 2008), complexidade do regime terapêutico, bem como o défice de conhecimentos (WHO 2003).

Entre as intervenções destinadas a melhorar a adesão, são de referir as educacionais, com o objetivo de promover o conhecimento acerca da medicação e/ou doença (p. e., fornecimento de material escrito, audiovisual e oral) e as comportamentais, com o objetivo de promover a adoção, na rotina diária, de hábitos facilitadores da adesão (Bugalho e Carneiro 2004). No entanto, em tratamentos que se prolongam no tempo, as intervenções mais simples, como as educacionais, são apontadas como ineficazes, tendo sido sugerido que a associação de intervenções mais complexas possa ter mais sucesso na promoção da adesão (Bugalho e Carneiro 2004; Davis, Candrilli e Edin 2008).

Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para implementar estratégias sustentadas de melhoria da adesão, face à proximidade com os utentes e o facto de estarem presentes em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE 2009; WHO 2003). Não

obstante, a adesão ao regime terapêutico surge como um dos focos de enfermagem, relevantes para a prática de cuidados de enfermagem e prioritários em saúde (Bugalho e Carneiro 2004; OE 2009). Deste modo, as intervenções de enfermagem podem ser importantes na adesão à terapêutica (OE 2009; Ridsdale, Kwan e Morgan 2003), sobretudo em articulação com os esforços/intervenções dos restantes membros da equipa de cuidados de saúde.

Como tal, o objectivo do presente estudo é identificar (propostas de) intervenções, no âmbito da adesão à terapêutica em indivíduos com epilepsia, numa perspetiva de promoção da adesão à terapêutica na epilepsia, na população Portuguesa.

Metodologia

A presente revisão sistemática da literatura foi conduzida e descrita em concordância com os critérios PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Moher et al. 2009).

Como estratégia de pesquisa, optou-se por utilizar palavras-chave em língua Portuguesa, sem qualquer limite de inclusão, como forma de aumentar a probabilidade de identificar intervenções que tivessem uma versão nesta língua. Na mesma linha de pensamento, inicialmente, recorreu-se à base de dados SciELO, usando como palavras-chave: “Adesão” e “Promoção” e “Epilepsia”; “Adesão” e “Intervenção” e “Epilepsia”, contudo, não se obteve nenhuma referência, pelo que se optou por utilizar as seguintes palavras-chave, mais gerais: “Adesão” e “Epilepsia”; “Adesão” e “Promoção”; “Adesão” e “Intervenção”, tendo-se contabilizado 161 referências, até 31 de dezembro de 2013.

Uma vez que através da utilização das palavras-chave: “Intervenção” e “Epilepsia” não se acedeu a nenhuma referência, face aos objetivos da presente revisão, considerou-se pertinente realizar também uma pesquisa recorrendo à base de dados PubMed, com as seguintes palavras-chave: “Adherence” AND “Intervention” AND “Epilepsy”, tendo-se contabilizado 28 referências.

Posteriormente, as referências identificadas em cada base de dados foram comparadas de modo a eliminar a redundância. Seguidamente, as referências indexadas em ambas as bases de dados foram alvo de análise dos respectivos títulos e resumos, de modo a reter apenas os estudos, com base nos critérios de inclusão: tipo de estudo: empírico ou teórico, face aos objetivos da presente revisão; população - adultos (≥ 18 anos) com epilepsia ou outra doença neurológica; intervenção: estudos com intervenção/proposta de intervenção e com resultados no âmbito da adesão à terapêutica. Como critérios de exclusão utilizou-se a exclusão das referências repetidas e dos estudos não disponibilizados na íntegra.

Posteriormente, os estudos empíricos completos foram analisados, recolhendo-se as informações acerca de: autor e ano, população-alvo e intervenção/proposta. O estudo teórico completo foi analisado de modo a identificar o seu objetivo e resultados.

Análise dos resultados

Através do procedimento supracitado foi possível reunir e sintetizar diversas informações acerca da promoção da adesão em indivíduos com epilepsia.

A partir das palavras-chave utilizadas, obteve-se um total de 189 referências, estando a maioria indexada na base de dados SciELO (SciELO: N=161 e PubMed: N=28). Salienta-se que na pesquisa inicial, na base de dados SciELO, com a associação da palavra-chave “Epilepsia”, não se obteve nenhuma referência.

Após a análise dos títulos e resumos em função dos critérios de inclusão, não foi selecionado nenhum estudo dos indexados na base de dados SciELO, sendo selecionados 13 estudos da base de dados PubMed. Contudo, apenas 7 permitiam a consulta integral do estudo, nomeadamente 6 estudos empíricos (Brown, Sheeran e Reuber 2009; Chen, Lee e Hie 2013; Dilorio et al. 2009; Fogg et al. 2012; Li et al. 2013; Noble et al. 2013) e um estudo teórico (Al-Aqeel e Al-Sabhan 2011), que foi analisado separadamente.

A Tabela 1 permite observar os resultados da análise dos estudos empíricos selecionados (N=6).

Tabela 1 - Resultados da Análise de Estudos Empíricos Selecionados (N=6)

Autor, ano	População-Alvo	Intervenção/Proposta
Chen et al., 2013	Cuidadores de crianças com epilepsia que vão iniciar tratamento, alterar medicação antiepiléptica (AE) ou que não cumprem a mesma (N=27)	- Intervenção educacional - Farmacêuticos e neurologistas criaram: o manual (a entregar no final da sessão) e os slides para a sessão - Programa inclui: definição de crises epiléticas e epilepsia, diferentes tipos de crises, o diagnóstico de epilepsia, primeiros socorros durante uma crise convulsiva, fatores que podem precipitar uma crise epilética, opções de tratamento, administração de medicação AE e afins, efeitos colaterais da medicação AE, quando é necessário recorrer à urgência, como a vida da criança é afetada, conselhos sobre as atividades da criança e o diário das crises - Procedimento: no fim da consulta com o/a neurologista, os pacientes e cuidadores são atendidos numa sala separada pelo farmacêutico que implementa as sessões de aconselhamento - As sessões têm duração de cerca de 60min
Li et al., 2013	Pacientes com epilepsia, com idade entre 13 e 65 anos, de quatro comunidades rurais no oeste da China (N=183)	Implementado por especialistas em epilepsia e epidemiologistas (6 meses após o início do estudo e termina antes do follow-up) Intervenção com quatro componentes (definidas de acordo com avaliações e consensos que derivam da avaliação inicial): educação intensiva (acerca da doença e possíveis fatores precipitantes, a importância de receber o tratamento apropriado, cumprir a medicação e relatar efeitos colaterais, os perigos da superstição ou crenças distorcidas) disponibilização a qualquer momento de consulta clínica e de apoio telefónico o uso do cartão de registos mensalmente, o paciente é relembrado sobre a adesão Os pacientes do grupo de controlo (N=177) receberam o tratamento de rotina disponibilizado habitualmente
Noble et al., 2013	Pacientes adultos com epilepsia atendidos em três serviços de urgência (N=20)	Intervenção com enfermeira especialista em epilepsia Intervenção breve sobre autogestão da epilepsia (paciente-enfermeira), em 2 sessões: 1ª sessão: 45-60 min de duração (decorreu cerca de 5 meses após o recrutamento) 2ª sessão: 30 min de duração (decorreu 24 semanas após o recrutamento)
Fogg et al., 2012	Pacientes idade de 18 anos, com epilepsia e medicados com medicação AE (N=50)	A intervenção consistiu numa consulta com um farmacêutico Duração de 30 min, os participantes podiam fazer perguntas relacionadas com a medicação AE Incluiu também uma revisão da medicação de nível 3 (implica revisão da medicação na presença do paciente e com base na condição deste)
Brown et al., 2009	Pacientes com idade ≥16 anos, com epilepsia, com medicação AE, (N=69)	Desenvolvida por neurologistas e farmacêuticos Consistiu em acrescentar uma Ficha com “Intenção de implementação” (6 itens até 2 páginas dependendo da dose AE) ao questionário geral com 14 páginas O grupo da intervenção preencheram um total de 15/16 páginas de questionários enquanto que os pacientes do grupo de controlo preencheram 14
Dilorio et al., 2009	Pacientes com epilepsia (não especificam a idade)	WebEase (Web Epilepsy, Awareness, Support and Education) is an interactive, on-line self-management program for people with epilepsy. website com 2 componentes: Módulos que fornecem uma oportunidade de aprendizagem, reflexão e definição de metas (com feedback). Contempla 3 áreas: medicação, stress e higiene do sono e 5 categorias dos estágios de mudança: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção MyLog, um lugar para inserir informações diariamente Disponibiliza também o MyVoice: fórum de discussão para partilha de informação

Através da Tabela 1 observa-se que as intervenções destinaram-se, maioritariamente, a adultos e que podem ser agrupadas, em duas categorias: com componente educacional e comportamental. Assim, cinco intervenções incluem componente educacional (Chen, Lee e Hie 2013; Dilorio et al. 2009; Fogg et al. 2012; Li et al. 2013; Noble et al. 2013), sendo que três intervenções educacionais envolveram transmissão de informação oral e escrita com recurso à repetição (Dilorio et al. 2009; Li et al. 2013; Chen, Lee e Hie 2013). Similarmente, também cinco intervenções incluem componente comportamental (Brown, Sheeran e Reuber 2009; Dilorio et al. 2009; Fogg et al. 2012; Li et al. 2013; Noble et al. 2013) e envolveram a utilização de cartões de registos (Li et al. 2013), entrevista (Fogg et al. 2012; Noble et al. 2013), uma ficha de “intenção de implementação” (Brown, Sheeran e Reuber 2009), um programa com estágios e um diário (Dilorio et al. 2009). Salienta-se que quatro intervenções apresentam componentes educacionais e comportamentais. Adicionalmente, ao nível da tomada de decisão acerca do tratamento, três intervenções focam o papel mais ativo do paciente, quer através de entrevista (Fogg et al. 2012), quer através da “ficha de intenção de implementação” (Brown, Sheeran e Reuber 2009), quer através de módulos que fornecem uma oportunidade de aprendizagem, reflexão e definição de metas (Dilorio et al. 2009).

Ao nível dos intervenientes na implementação das intervenções, a destacar uma intervenção com uma enfermeira especialista em epilepsia (Noble et al. 2013).

Relativamente ao estudo teórico (Al-Aqeel e Al-Sabhan 2011), é de salientar que os autores também pretenderam determinar a eficácia das intervenções destinadas a melhorar a adesão aos medicamentos AE e, similarmente, apenas seis estudos cumpriram os critérios de inclusão, dos quais apenas o estudo de (Noble et al. 2013) foi sobreponível. Os autores concluíram que as intervenções comportamentais com recurso a repetição (lembretes) e com “intenção de implementação” parecem promissoras na promoção da adesão à medicação AE.

Discussão dos resultados

Considerando que a adesão à terapêutica em indivíduos com epilepsia é inferior ao esperado (Davis, Candrilli e Edin 2008) e a importância da medicação antiepiléptica no controlo da doença (Eatock e Baker 2007; Piskorska et al. 2013; WHO 2005), seria de prever maior número de estudos referentes a intervenções realizadas no sentido de promover a adesão e/ou prevenir a ausência da mesma. A salientar, também, o facto de nenhum estudo ter sido desenvolvido em Portugal.

Relativamente aos conteúdos das intervenções, destaca-se uma preocupação em procurar responder às necessidades dos pacientes, o que sugere uma preocupação crescente com o papel do indivíduo com epilepsia, em consenso com a literatura (Bugalho e Carneiro 2004; Eatock e Baker 2007). Contudo, ao nível da implementação da intervenção, a destacar que apenas em três das intervenções o paciente foi implicado da tomada de decisão acerca do tratamento.

Relativamente às estratégias utilizadas nas intervenções, a salientar que a maioria recorreu a estratégias comportamentais e educacionais. Portanto, ainda que se reconheça a importância das estratégias educacionais, sobretudo ao nível do défice de conhecimentos (WHO 2003) são apontadas como ineficazes, destacando-se a associação de intervenções para o sucesso na

promoção da adesão (Bugalho e Carneiro 2004; Eatock e Baker 2007; Haynes et al. 2008). Ressalta-se também o recurso à mesma estratégia de utilização de repetição/lembretes em três intervenções, o que pode sugerir vantagens ao nível de fatores apontados para a não adesão, tais como: cognitivos (Bugalho e Carneiro 2004; WHO 2003).

No contexto do desenvolvimento tecnológico da atualidade, sublinha-se que o recurso a novas tecnologias (Dilorio et al. 2009) pode ter vantagens em termos de credibilidade da informação, pelos benefícios que pode representar ao nível não presencial e em tratamentos de longa duração.

Os enfermeiros, face às características inerentes à prática de cuidados, encontram-se numa posição privilegiada (OE 2009; WHO 2003), o que deve ser tido em conta em termos futuros na medida em que uma intervenção foi implementada por enfermeiros especialistas em epilepsia.

Conclusões

Ainda que conclusões definitivas estejam dependentes dos efeitos a longo prazo das intervenções, sublinha-se que com as intervenções descritas se obtiveram resultados positivos a diferentes níveis: adesão à medicação AE, controle das crises, conhecimentos, autoconfiança, qualidade de vida e bem-estar psicológico, pelo que, futuramente, se considera importante a continuação de investigações a este nível, com a sugestão de realização de *follow-up* mais longos e com informação da relação custo-benefício.

Apesar das limitações da presente revisão sistemática, como, por exemplo, o número de bases de dados utilizadas e o número de estudos analisados, considera-se que, de um modo geral, permitiu a identificação de propostas de intervenção em indivíduos com epilepsia e sublinhar a necessidade de investigação nacional neste âmbito.

Conclui-se que intervenções que permitam ao paciente desempenhar um papel mais ativo no tratamento e o recurso, por exemplo, a estratégias de informação, plano de ação, registos diários, lembretes/repetições, pode ser promissor na promoção da adesão à terapêutica em indivíduos com epilepsia.

Referências bibliográficas

- AL-AQEEL, S. e AL-SABHAN, J. Strategies for improving adherence to antiepileptic drug treatment in patients with epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011, **19**(1).
- BROWN, I., SHEERAN, P. e REUBER, M. Enhancing antiepileptic drug adherence: A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior.* 2009, **16**(4), 634-639.
- BUGALHO, A. e CARNEIRO, A. *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2004 [consultado 6 março 2013]. Disponível em: <http://www.apmgf.pt/files/54/documentos/20110705164403477922.pdf>
- CHEN, C., LEE, D. S. H. e HIE, S. L. The impact of pharmacist's counseling on pediatric patients' caregiver's knowledge on epilepsy and its treatment in a tertiary hospital. *International Journal of Clinical Pharmacy.* 2013, **35**(5), 829-834.

- DAVIS, K. L., CANDRILLI, S. D. e EDIN, H. M. Prevalence and cost of nonadherence with antiepileptic drugs in an adult managed care population. *Epilepsia*. 2008, **49**(3), 446-454.
- DILORIO, C. et al. WebEase: Development of a Web-Based Epilepsy Self-Management Intervention. *Preventing Chronic Disease*. 2009, **6**(1).
- EATOCK, J. e BAKER, G. A. Managing patient adherence and quality of life in epilepsy. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2007, **3**(1), 117.
- FISHER, R. S. et al. Epileptic seizures and epilepsy: Definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005, **46**(4), 470-472.
- FOGG, A. et al. An exploratory study of primary care pharmacist-led epilepsy consultations. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2012, **20**(5), 294-302.
- HAYNES, R. B. et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane database syst Rev*. 2008, **2.2**.
- LI, J. et al. Enhancing medical compliance of patients with convulsive epilepsy in rural community: A randomized intervention trial. *Epilepsia*. 2013, **54**(11), 1988-1996.
- MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*. 2009, **151**(4), 264-269.
- NOBLE, A. J. et al. A nurse-led self-management intervention for people who attend emergency departments with epilepsy: the patients' view. *Journal of neurology*. 2013, **260**(4), 1022-1030.
- OE [Ordem dos Enfermeiros]. *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Lisboa: Cadernos OE Série II, 2009 [consultado 14 outubro 2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf
- PISKORSKA, B. et al. Safety issues around misuse of antiepileptics. *Expert opinion on drug safety*. 2013, **12**(5), 647-657.
- RIDSDALE, L., KWAN, I. e MORGAN, M. How can a nurse intervention help people with newly diagnosed epilepsy?: A qualitative study of patients' views. *Seizure*. 2003, **12**(2), 69-73.
- WHO [World Health Organization]. *Atlas: Epilepsy care in the world*. Geneva: WHO, 2005 [consultado 29 março 2013]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/neurology/Epilepsy_atlas_r1.pdf
- WHO [World Health Organization]. *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: WHO, 2003 [consultado 1 abril 2013]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

► Um olhar sobre um projeto de intervenção no âmbito da prevenção da obesidade na adolescência

Amâncio Carvalho¹, M.^a Helena Meneses², M.^a Emília Dinis³, M.^a Elisabete Espinheira⁴ & Vanessa dos Santos Monteiro⁵

¹Prof. Adjunto, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, UTAD, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, Quinta de Prados, 5000-801 Vila Real, Portugal, membro integrado do Centro de Investigação em Estudos da Criança (CIEC) da Universidade do Minho.

²Enfermeira Graduada, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD).

³Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, CHTMAD.

⁴Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, CHTMAD.

⁵Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Real 1.

Contacto: amancioc@utad.pt • helena-meneses@hotmail.com • emilia_matos64@hotmail.com • elisabete.espinheira@gmail.com • vanessa-monteiro@hotmail.com

Resumo

Introdução: A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde como a pandemia do século XXI, sendo o problema de saúde mais frequente em adolescentes. Esta comunicação resulta de um projeto de intervenção, no âmbito da prevenção da obesidade, tendo como objetivos: analisar a evolução da prevalência do excesso de peso na amostra; verificar a influência do comportamento alimentar e da atividade física. **Metodologia:** Trata-se de um estudo correlacional e longitudinal, com uma amostra de 268 adolescentes escolarizados de Vila Real, aos quais foi aplicado um questionário e avaliados os parâmetros. O tratamento de dados foi efetuado através do SPSS (Versão 20.0). **Resultados:** No ano letivo 2011/12 (8.º ano), a prevalência da pré-obesidade foi de 17,5% e da obesidade de 7,8%. A classificação do IMC percentilado diferiu significativamente do 7.º para o 8.º ano (Wilcoxon: $p=0,000$), tendo 17,2% da amostra melhorado o percentil. A frequência da ingestão de doces e de refrigerantes diminuiu do 7.º para o 8.º ano de escolaridade (Wilcoxon: respetivamente $p<0,001$ e $0,001$). **Discussão:** Os resultados são corroborados pelos obtidos por Ferreira (2010), num estudo a nível nacional, com uma amostra de 5708 alunos do 2.º e 3.º ciclo, que obteve uma prevalência de pré-obesidade de 22,6% e de obesidade de 7,8%, sendo a taxa de obesidade coincidente com a obtida no nosso estudo. **Conclusão:** A classificação do IMC percentilado evoluiu favoravelmente do 7.º para o 8.º ano de escolaridade, os hábitos alimentares parecem influenciar aquela variável e as intervenções realizadas nas escolas terem sido eficazes.

Palavras-chave: Adolescência; prevenção; obesidade.

Abstract

Introduction: Obesity is considered by the World Health Organization as the pandemic of the XXI century, with the most common health problem in adolescents. This paper results from a project intervention in the prevention of obesity, having as objectives: to analyze the evolution of the prevalence of overweight in the sample; to verify the influence of eating behavior and physical activity. **Methodology:** This was a correlational and longitudinal study, with a sample of 268 school adolescents of Vila Real city, for which a questionnaire was administered and evaluated parameters. Data processing was performed using SPSS (Version 20.0). **Results:** During the academic year 2011/12 (8th grade), the prevalence of pre-obesity was 17.5% and obesity 7.8%. The Body Mass Index classification differ significantly from 7th to 8th grade (Wilcoxon: $p = 0.000$), with 17.2 % of the sample improved percentile. The frequency of consumption of sweets and soft drinks decreased from 7th to 8th grade (Wilcoxon: respectively $p = 0.000$ and 0.000). **Discussion:** The results obtained are corroborated by Ferreira (2010), a national study, with a sample of 5708 students from the 2nd and 3rd cycle, which obtained a prevalence of pre-obesity of 22.6% and obesity of 7,8%, and that the rate of obesity coincides with our study. **Conclusion:** The Body Mass Index classification evolved favorably to the 7th to 8th grade, eating habits seem to influence that variable and interventions in schools have been effective.

Keywords: Adolescence; prevention; obesity.

Introdução

A Direção-Geral da Saúde (DGS), baseada no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), define obesidade como “Uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde” (DGS 2005, p. 4).

A prevalência deste fenómeno, a nível mundial, tem vindo a aumentar tão drasticamente, que a OMS declarou esta doença como a pandemia do século XXI. Se não forem tomadas medidas para prevenir e tratar este problema de saúde, pelos estados membros, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025. Este flagelo não é exclusivo dos países desenvolvidos, mas também atinge os países em desenvolvimento (Sousa, Loureiro e Carmo 2008).

Na maioria dos países da Europa, a obesidade é a epidemia em maior crescimento, abrangendo, atualmente, 10 a 40% da população adulta. Na população portuguesa adulta, a prevalência de pré-obesidade foi cerca de 34% e de obesidade de 12%, atingindo mais o sexo masculino. Daí que a elevada prevalência da obesidade faça desta patologia um importante problema de saúde pública (DGS 2005).

Contudo este flagelo não se limita à população adulta. O aumento da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes é, também, cada vez mais preocupante, sendo um dos problemas de saúde mais graves, que afetam estes grupos, existindo evidência científica que o problema está a agravar-se (Sousa, Loureiro e Carmo 2008).

Na Europa, em média, a prevalência de pré-obesidade e de obesidade aos 13 anos é de 14,4% nos rapazes e 9,3% nas raparigas, enquanto aos 15 anos é de 8,2% e de 6,0%, respetivamente. Em Portugal, um estudo nacional realizado com uma amostra de 5708 crianças e adolescen-

tes entre os 10 e os 18 anos de idade, obteve uma prevalência de pré-obesidade de 22,6% e de obesidade de 7,8% (Sousa, Loureiro e Carmo 2008). Um outro estudo realizado no concelho de Vila Real (Portugal), com uma amostra de 136 adolescentes, entre os 13 e os 15 anos (Carvalho et al. 2011), obteve uma prevalência de pré-obesidade de 12% para os rapazes e 21,3% para as raparigas, enquanto a obesidade foi de 8,0% para os rapazes e de 3,3% para as raparigas.

O excesso de gordura corporal acumulada resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida (DGS, 2005). A sua etiologia é multifatorial no qual intervêm fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. Estima-se que 95% das situações de pré-obesidade e de obesidade tenham causas exógenas (comportamentais), sendo os restantes 5% devido a causas endógenas (genéticas) (Brites et al. 2007; Sousa, Loureiro e Carmo 2008).

No dizer de Gregório et al. (2012), comer de forma saudável proporciona ao ser humano energia e bem-estar físico ao longo do dia, mas para além disso ajuda a prevenir doenças crónicas como a diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro e a obesidade. Ou seja, uma alimentação completa, variada e equilibrada, contribui para a prevenção da obesidade.

Por sua vez, Teixeira e Silva (2008), afirmam que a atividade física (AF) é uma arma fundamental na prevenção e tratamento do excesso de peso e da obesidade, contribuindo para o controlo do peso. Mas não se ficam por aí os benefícios, envolvendo outros aspetos ao nível fisiológico, funcional e psicológico.

As estratégias preventivas devem ser direcionadas a toda a população e não só às crianças e adolescentes, envolvendo a família e a escola, contexto de eleição para a aprendizagem de comportamentos saudáveis. Estas estratégias focar-se-ão nos dois grandes eixos: a promoção de uma alimentação saudável e da AF (Sousa, Loureiro e Carmo 2008).

É no âmbito da problemática da obesidade na adolescência que este estudo se insere tendo como objetivos: i) analisar a evolução da prevalência da obesidade na amostra do 7.º para o 8.º ano de escolaridade; ii) verificar a influência do comportamento alimentar e da AF.

Metodologia

Na fase metodológica o investigador define os meios de realizar a investigação e determina a maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses delineadas, desenhando todo o percurso de investigação (Fortin, Côté e Filion 2009).

Trata-se de um estudo correlacional, longitudinal de abordagem quantitativa, que acompanhou os participantes no estudo, do 7.º para o 8.º ano de escolaridade, no ano letivo de 2011/2012.

Participantes

A população deste estudo era composta por 318 alunos, que frequentavam o 8.º ano de escolaridade, de duas Escolas Secundárias do concelho de Vila Real (A e B). A amostra integrou 268 alunos, que estavam presentes no momento de recolha de dados e cujos encarregados de educação deram o seu consentimento informado para a sua participação, cerca de 84,3% do

universo, sendo uma amostra do tipo acidental. Os critérios de inclusão foram: frequentar o 8.º ano de escolaridade; ter entre 12 e os 16 anos.

Instrumentos

Na recolha de dados utilizou-se um questionário de autopreenchimento, anónimo e confidencial, construído para o efeito pelos investigadores. O instrumento era composto por quatro partes: a primeira parte caracteriza a amostra; a segunda diz respeito aos hábitos alimentares; a terceira à prática da AF; a quarta ao registo dos parâmetros estatoponderais.

Para a caracterização da AF utilizou-se o Questionário Internacional de AF (IPAQ), versão curta, validado para adolescentes e para a língua portuguesa por Guedes, Lopes e Guedes (2005).

Procedimentos

Foi solicitada autorização à direção das escolas envolvidas no estudo, para a sua realização. O Período de recolha de dados decorreu de 18 de abril a 25 de maio de 2012, tendo os questionários sido aplicados em sala de aula, pelos investigadores. Os parâmetros estatoponderais (peso, estatura) foram mensurados e registados pelos investigadores em espaço reservado, tendo sido respeitados os procedimentos que constam do Guia de Avaliação do estado nutricional infantil e juvenil (Rito, Breda e Carmo 2011).

Nos adultos o diagnóstico de pré-obesidade e de obesidade faz-se através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), estando definidos pontos de corte. Nas crianças e adolescentes até aos 19 anos, os valores do IMC devem ser percentilados em função do sexo e idade, tendo sido adotados pela DGS (2013) e neste estudo, os critérios da OMS, que são: valores de IMC $\geq$ ao percentil 85 e $<$ percentil 95 permitem fazer o diagnóstico de pré-obesidade; valores de IMC $\geq$ 95 permitem fazer o diagnóstico de obesidade (DGS 2005).

Para o tratamento de dados foi construída uma base de dados no SPSS (Versão 20.0), na qual foram inseridos. Recorremos à estatística descritiva, com o pedido das distribuições absolutas e relativas para todas as variáveis e a média e o desvio-padrão para as variáveis métricas e à estatística inferencial, com a realização dos testes estatísticos Mann-Whitney (MW), Kruskal Wallis (KW) e correlação de Pearson. Consideraram-se existir diferenças estatísticas significativas quando $p < 0,05$ (Pestana e Gageiro 2008; Marôco 2010).

Análise de resultados

A apresentação dos resultados inicia-se com a caracterização da amostra de sujeitos participantes no estudo quanto ao sexo, classe etária, residência e escola frequentada, referente ao segundo momento de recolha de dados (2012) (Tabela 1).

No total da amostra ($n = 268$) de alunos, o sexo feminino é o mais representado (56,7%), a maioria pertence à classe etária dos 12-13 anos (61,2%), reside na cidade (57,8%) e frequenta a escola B (54,5%). A média da idade é $13,44 \pm 0,612$ anos, o mínimo os 12 anos e o máximo os 16 anos.

Tabela 1 - Caraterização da amostra

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	116	43,3
Feminino	152	56,7
Classe etária		
12-13 anos	164	61,2
14-16 anos	104	38,8
Residência		
Aldeia	74	27,6
Vila	35	13,1
Cidade	155	57,8
Não respondeu	4	1,5
Escola frequentada		
A	122	45,5
B	146	54,5
Total	268	100

De seguida serão analisados os resultados relativos às principais variáveis em estudo: hábitos alimentares, prática de AF e classificação do IMC percentilado, referentes ao segundo momento de recolha de dados, mas comparando com o ano anterior.

Hábitos alimentares – O maior grupo de participantes no estudo (40,7%) referiu fazer 5 refeições/dia. No entanto, existem 10,8% de alunos que reportam fazer 3 ou menos refeições/dia. A média do número de refeições/dia foi de $4,82 \pm 0,994$, o mínimo 2 e o máximo 8 refeições.

Quanto à frequência da ingestão diária de alimentos irão ser analisados os resultados relativos a alimentos considerados saudáveis (laticínios, sopa de legumes e frutos) e alimentos muito calóricos e pouco nutritivos (refrigerantes, doces e batatas fritas). Referiram consumir diariamente laticínios, sopa de legumes e frutos, respetivamente, 58,5%, 41,0% e 66,0%. Saliem-se as baixas proporções de ingestão de sopa e laticínios. Por outro lado, reportaram ingerir diariamente refrigerantes, doces e batatas fritas, respetivamente, 16,7%, 15,1% e 2,0%, sendo relevantes as proporções de consumo diário de refrigerantes e de doces.

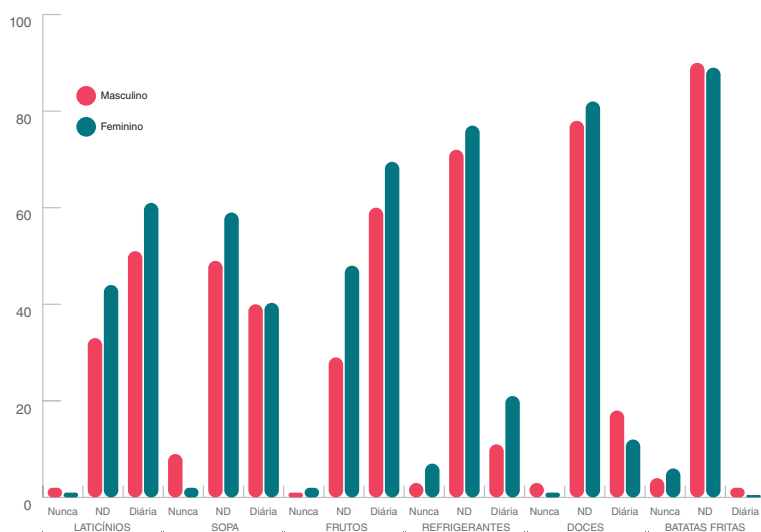
Uma análise às proporções de ingestão diária por sexo, verifica-se que no caso dos alimentos saudáveis as proporções são sempre mais elevadas no sexo feminino e nos alimentos calóricos as proporções são mais elevadas no sexo masculino (Figura 1).

Não se verificaram diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$) entre a frequência do consumo destes alimentos (Nunca, Não diária, Diária) nos dois sexos, exceto quanto à ingestão de refrigerantes (MW: $p = 0,016$), em que o sexo masculino consome com mais frequência (Média de localização $132,56 > 116,29$).

Também não se constatarem diferenças estatísticas significativas entre a frequência do consumo destes alimentos entre as duas escolas, exceto quanto à ingestão de sopa (MW: $p = 0,001$), em que os alunos da escola B consomem com mais frequência ($143,01 > 116,44$).

Em termos da evolução da frequência do consumo destes alimentos, do 7.º para o 8.º ano, observou-se em todos os cruzamentos diferenças estatísticas significativas (Wilcoxon: $p = 0,001$), em que o maior grupo piorou na frequência de consumo de laticínios, sopa e frutos, mas melhorou no consumo de refrigerantes, doces e batatas fritas, sobretudo nos doces, nos quais 34,6% da mostra diminuiu o consumo.

Figura 1 - Frequência da ingestão diária de alguns alimentos

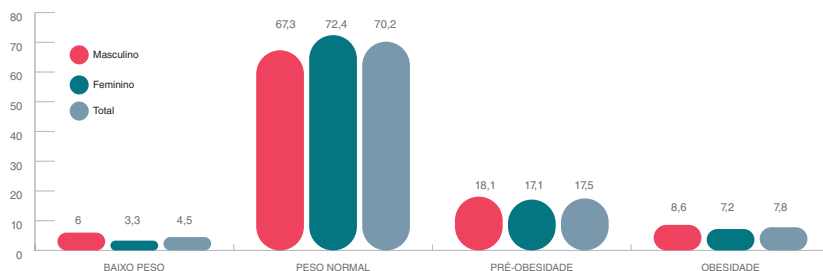


Atividade Física – O nível de AF foi avaliado através do IPAQ, que o classifica em 4 categorias: Sedentário, Insuficientemente ativo, Ativo e Muito ativo. A maior proporção de sujeitos (45,9%), foram classificados como Ativos, seguindo-se o grupo dos Muito ativos (42,2%). No entanto, 3,4% dos alunos são considerados sedentários. Embora a proporção de sedentários seja ligeiramente mais elevada nos rapazes (4,3% versus 2,6%), na categoria dos Insuficientemente ativos é mais elevada nas raparigas (11,8% versus 4,3%), invertendo-se a posição nos Muito ativos, sendo os rapazes com proporção mais elevada nesta categoria (52,6% versus 34,2%).

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre o nível de AF dos dois sexos (MW: $p=0,003$), sendo que o sexo masculino enquadra-se mais na classe dos Muitos ativos (149,07 > 123,38). Não se constatarem diferenças estatísticas significativas entre o nível de AF do 7.º para o 8.º ano de escolaridade (Wilcoxon: $p=0,328$).

Classes de IMC percentilado – Observamos que a maioria dos sujeitos (70,1%), se enquadrava na categoria de Peso normal, mas 17,5% dos alunos enquadravam-se na Pré-obesidade e 7,8% na Obesidade. Tanto a prevalência da Pré como da Obesidade foram superiores no sexo masculino (Figura 2).

Figura 2 - Classes do IMC percentilado



Não se observaram diferenças estatísticas significativas entre as classes de IMC dos sexos, escolas, classes de AF e prática de desporto de competição. Constataram-se diferenças estatísticas significativas entre as classes de IMC e as respostas à questão “Tem familiares com excesso de peso?” (Não/Sim), com a média de localização a ser superior no grupo de sujeitos que respondeu que sim (157,06 > 128,62). Também se verificaram diferenças estatísticas entre as classes de IMC quanto à frequência da ingestão de doces (KW: $p=0,032$), com a média mais elevada a ser obtida pelos alunos que nunca consomem (170,0 > 110,45 do Diário).

Constatou-se uma evolução positiva das classes de IMC do 7.º para o 8.º ano de escolaridade (Wilcoxon: $p=0,000$), em que 17,2% dos alunos melhoraram o seu percentil e a prevalência da Pré-obesidade e de Obesidade eram mais elevadas no 7.º ano, respetivamente, 22,0% e 11,2%, do que no 8.º ano.

Discussão dos resultados

Os resultados obtidos no presente estudo, relativos à frequência do consumo de alimentos estudados são semelhantes aos obtidos por Carvalho et al. (2011), no qual a proporção de raparigas que ingere alimentos saudáveis é superior à dos rapazes. O facto da frequência da ingestão de sopa ser mais elevada na escola B pode explicar-se pela realização nessa escola do Dia das Sopas, que promove este consumo.

No que se refere à AF, os resultados do presente estudo indicam um maior nível de atividade nos rapazes, o que vai de encontro ao estudo de Silva et al. (2007), no qual os rapazes praticam AF com maior frequência e durante mais tempo do que as raparigas.

As prevalências de pré-obesidade e de obesidade são um pouco mais elevadas do que as obtidas no estudo de Carvalho et al. (2011), que foram respetivamente, 13,8% e 6,0%, podendo considerar-se que se trata de prevalências já bastante elevadas.

Os resultados são corroborados pelos obtidos por Ferreira (2010), num estudo a nível nacional, com uma amostra de 5708 alunos do 2.º e 3.º ciclo, que obteve uma prevalência de pré-obesidade de 22,6% e de obesidade de 7,8%, sendo a taxa de obesidade coincidente com a do nosso estudo.

No entanto, comparando os resultados do presente estudo, com aqueles que são apresentados por um estudo de revisão, realizado por Antunes e Moreira (2011), no caso da Pré-obesidade, tanto nos rapazes como nas raparigas estão abaixo dos intervalos encontrados, respetivamente, 21,1%-22,1% e 19,7-31,3%, mas no caso da Obesidade, encontram-se dentro dos intervalos, nos rapazes e nas raparigas, respetivamente, 4,4%-22,9% e 3,8%-8,2%, respetivamente. Neste caso estão próximos do valor máximo.

Conclusões

Depois de uma análise aos resultados e à discussão dos mesmos e tendo em conta os objetivos desenhados à partida, para este estudo, podemos elencar agora um conjunto de conclusões.

A prevalência da Pré-obesidade e da Obesidade evoluíram positivamente do 7.º para o 8.º ano de escolaridade, tendo descido significativamente.

Os hábitos alimentares e, especificamente, a diminuição da frequência da ingestão de refrigerantes, doces e batatas fritas, mas sobretudo, dos doces, parece ter contribuído para essa evolução.

Parece existir relação entre as classes de IMC percentilado e ter familiares com excesso de peso (componente genética), assim como com a frequência da ingestão de doces, com os alunos que referiram ter familiares com peso excessivo a terem um IMC percentilado mais elevado, assim como aqueles que nunca ingerem doces, sinal de que fazem restrição e evitam estes alimentos.

O nível de AF parece não influenciar as classes de IMC percentilado, não se tendo mostrado discriminativa esta variável neste estudo.

As intervenções realizadas no âmbito da Educação para a Saúde realizadas pelos investigadores e professores das duas escolas, envolvidas no estudo, sobretudo, sobre a temática da alimentação, como a Feira das Saladas e da Sopa, parecem ter dado algum resultado.

A análise dos dados relativos ao 9.º ano permitir-nos-á ter uma ideia mais concreta da evolução das classes de IMC nesta amostra e da eficácia das intervenções implementadas.

Referências bibliográficas

- ANTUNES, A. e MOREIRA, P. Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portugueses. *Acta Médica Portuguesa*. 2011, **24**(2), 279-284.
- BRITES, D. et al. Obesidade nos adolescentes: estudo da prevalência da obesidade e de fatores associados em estudantes do ensino secundário de duas escolas de Coimbra. *Referência*. 2007, II Série, 5, 49-57.
- CARVALHO, A. et al. Obesidade em alunos do 3.º ciclo. *Nursing*. 2011, 271, 2-9.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa: DGS, Divisão de Doenças

Genéticas, Crónicas e Geriátricas, 2005. ISBN 972-675-128-4

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: DGS, 2013.

FERREIRA, J. S. *Prevalência de obesidade infanto-juvenil: associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental*. Dissertação de mestrado, Lisboa, 2010.

FORTIN, M. F., CÔTÉ, J. e FILION, F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5

GREGÓRIO, M. J. et al. *Alimentação inteligente: Coma melhor, poupe mais*. Lisboa: DGS, 2012. ISSN 978-972-675-197-7

GUEDES, D., LOPES, C. e GUEDES, J. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2005, **11**(2), 151-158.

MARÔCO, J. *Análise estatística com o PASW Statistics*. Lisboa: Report Number, 2010. ISBN 978-989-9676-30-5

PESTANA, M. e GAGEIRO, J. *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 4.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. ISBN 978-972-757-585-5

RITO, A., BREDÁ, J. e CARMO, I. *Guia de avaliação do estudo nutricional infantil e juvenil*. Lisboa: DGS e INSA, 2011. ISBN 978-972-8643-61-4

SILVA, A. et al. *Obesidade infantil*. Lisboa: CGB Artes gráficas, 2007. ISBN 972-669-731-X

SOUSA, J., LOUREIRO, I. e CARMO, I. A obesidade infantil: Um problema emergente. *Saúde & Tecnologia*. 2008, **2**, 5-15.

TEIXEIRA, P. e SILVA, M. *Repensar o peso: Princípios e métodos testados para controlar o seu peso*. Lisboa: Lidel, 2008. ISBN 978-972-757-498-8

► Autopercepção da depressão em estudantes de Enfermagem

Graça Pimenta¹, José Carlos Carvalho² & Júlia Martinho²

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto.

Contacto: gpimenta@esenf.pt • zecarlos@esenf.pt • julia@esenf.pt

Resumo

Este estudo tem como objetivos, identificar sinais e sintomas de depressão nos estudantes e delinear estratégias de intervenção com vista a minorar o impacto da depressão.

Metodologia: Estudo exploratório de natureza quantitativa, numa amostra de 468 estudantes de enfermagem. Como instrumentos de recolha de dados, utilizado um questionário para caracterização sociodemográfica e o Inventário de Depressão de Beck, (1961) com aferição para a população portuguesa de Vaz Serra (1973a; 1973b). Procedimentos: Inquérito *online*. Foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação. **Resultados:** Trata-se de uma amostra maioritariamente feminina (88,5%), em que 28,6%, já teve ou está a receber apoio psicológico ou psiquiátrico, e que apresentam um valor de sintomatologia depressiva, em termos médios de 9,87 (DP 8,79), muito próximo dos valores considerados clinicamente relevantes. Pela análise descritiva do instrumento, poderíamos referir que existem áreas em que deve ser dada maior atenção a esta população. **Discussão:** Estes resultados apontam para a necessidade de definir estratégias para combater este problema de saúde mental nesta população. **Conclusões:** Os resultados encontrados vêm colocar em evidência a necessidade de desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental dos estudantes, da prevenção de situações de risco mediante identificação precoce de sintomas depressivos e de criação de estruturas de apoio terapêutico aos estudantes.

Palavras-chave: Depressão; sintomas; estudantes; pesquisa.

Abstract

This study aims to identify signs and symptoms of depression in students and devise strategies for intervention aimed to alleviating the impact of depression. **Methodology:** An exploratory quantitative study, in a sample of 468 nursing students. The instruments used to data collection, a questionnaire used for socio-demographics and Beck Depression Inventory, (1961) with scouting for the Portuguese population Vaz Serra (1973a; 1973b). Procedures: Survey online. Ethical principles inherent in research were followed. **Results:** It is a largely female sample (88.5%), where 28.6% have had or are receiving psychological or psychiatric support, and which have a value of depressive symptoms on average 9.87 (SD 8.79), very close to the values considered clinically relevant. For the descriptive analysis of the instrument, we noted that there are areas where greater attention should be paid to this population. **Discussion:** These results point to the need to develop strategies to combat this problem of mental health in this population. **Conclusions:** The results come to highlight the need to develop programs to promote mental health of students, preventing risky situations through early identification of depressive symptoms and establishing structures for therapeutic support to students.

Keywords: Depression; symptoms; students; research.

Introdução

A depressão é um transtorno mental comum. Globalmente, mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades sofrem de depressão (WHO 2013).

A aplicação “*The World Mental Health Survey*” realizado em 17 países (Colômbia, Líbano, México, Nigéria, China, África do Sul, Ucrânia, Bélgica, Espanha, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia e Estados Unidos da América) constatou que em média, cerca de 1 em cada 20 pessoas questionadas referiram ter um episódio de depressão nos últimos 12 meses, sendo a principal causa de incapacidade em todo o mundo (Wang et al. 2007).

São diversas as investigações que têm estudado a depressão e o risco de suicídio em estudantes universitários (Vieira e Coutinho 2008; Cavestro e Rocha 2006), especialmente em alunos de medicina, cujas prevalências parecem preocupantes.

Estes estudos têm assumido essencialmente uma perspetiva descritiva das variáveis, tendo sido pouco valorizada a intervenção sobre os problemas identificados.

Desenvolver uma investigação em estudantes de enfermagem sustentou-se no facto destes se encontrarem “num tempo de vida em mudanças”. Apesar da universidade ser geralmente vista como uma experiência positiva, por vezes, envolve um período stressante de adaptação para os alunos. Estas mudanças podem proporcionar oportunidades de crescimento e/ou a exposição a experiências negativas de vida numa variedade de domínios (família, escola, amigos/atividades sociais) fragilizando e potencializando situações de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Garber, Keiley e Martin 2002; José e Ratcliffe 2004).

A gravidade da doença, e as mudanças drásticas que envolve, exige atenção imediata tendo este estudo como objetivos, identificar sinais e sintomas de depressão nos estudantes e delinear estratégias de intervenção com vista a minorar o impacto da depressão nesta população.

No presente artigo propomo-nos fazer uma primeira aproximação aos resultados obtidos relativamente à sintomatologia depressiva identificada nesta população de estudantes de enfermagem de uma instituição de ensino público.

Metodologia

Estudo exploratório de natureza quantitativa.

Participantes

Amostragem não probabilística e não intencional constituída por 468 estudantes de enfermagem.

Instrumentos

Como instrumento de recolha de dados, foi utilizado um questionário Online composto por uma caracterização sociodemográfica, identificação de antecedentes ao nível da saúde mental e o Inventário de Depressão de Beck, (Beck et al. 1961) com aferição para a população portuguesa de Vaz Serra e Pio Abreu (1973a, 1973b) para avaliação da sintomatologia depressiva. O questionário é de autopreenchimento composto por 21 grupos de afirmações com quatro a seis questões cada (cuja intensidade dos sintomas e atitudes varia de 0 a 3, dispostas por ordem progressiva de gravidade), que o participante seleciona de acordo com a descrição da sua auto percepção dos sintomas que o caracterizam no momento do seu preenchimento. O Inventário tem sido adaptado para diferentes realidades e línguas (Al-Musawi 2001; Ghassemzadeh et al. 2005; Alansari 2005; Rodríguez-Gómez, Dávila-Martínez e Collazo-Rodríguez 2006) o que aponta para propriedades psicométricas confiáveis. Ambas as versões portuguesas demonstraram possuir boas propriedades psicométricas (Canavarro et al. 2006; Vaz Serra et al. 2006; Vaz Serra e Pio Abreu 1973a, 1973b).

Procedimentos

Foi pedida autorização à instituição de ensino que os estudantes frequentavam e aos autores da aferição da escala utilizada. A divulgação e esclarecimento dos objetivos do estudo foram efetuados por correio eletrónico. A recolha de dados foi realizada em novembro e dezembro de 2013, por questionário "online" disponibilizado na plataforma do estabelecimento de ensino, sendo o seu preenchimento voluntário. Foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação. A análise dos dados é descritiva com recurso ao "*Statistical Package for the Social Sciences*".

Análise dos resultados

Trata-se de uma amostra maioritariamente feminina (88,5%), em que 28,6%, já teve ou está a receber apoio psicológico ou psiquiátrico, e que apresentam um valor de sintomatologia depressiva, em termos médios de 9,87 (DP 8,79), muito próximo dos valores considerados clinicamente relevantes.

Relativamente à análise estatística de comparação de médias entre os grupos, os dados referentes ao estado civil ($p=0,083$), à deslocação de residência ($p=0,086$) e ao acompanhamento psiquiátrico ($p=0,149$) não apresentam diferença estatisticamente significativa. A variáveis que apresentam diferença estatisticamente significativa são o género ($p=0,015$) apresentando o sexo masculino ($M=10,50$) um valor médio superior ao sexo feminino ($M=9,79$) e a bolsa de estudo ($p=0,020$) sendo o score médio superior ($M=10,88$) nos alunos que recebem bolsa relativamente aqueles que não recebem ($M=9,16$).

A média do score final da escala de sintomatologia depressiva é superior no 3.º ano do CLE ($M=10,52$) indicando maior risco de depressão, seguindo-se, o 4.º ano ($M=10,38$), 1.º ano ($M=9,67$) e 2.º ano ($M=8,95$) respetivamente.

Os itens que são apontados como mais frequentes na autoapreciação de sintomatologia depressiva nos alunos do 3.º ano do CLE são: sentir-se cansado (75%); ter a perceção de necessitar de um esforço maior para conseguir trabalhar (63,3%); sentir-se aborrecido (45,8%); preocupar-se com a saúde (37,5%); ter a perceção de merecer castigo (29,3%); ter perda de peso entre os 2,5 kg e os 7,5 Kg (23,3); ter sentimentos de culpa (26,8%) e de ideias de pôr termo à vida não sendo capaz de as concretizar (14,3%).

Discussão dos resultados

A depressão é habitualmente descrita como mais evidente em mulheres. O risco de homens apresentarem este processo patológico é de 11%, enquanto nas mulheres este índice pode chegar a 18,6% (Iastrebov et al. 2012). Vários estudos (Morihsa e Scivioletto 2010; Stensland, Watson e Grazie 2012) têm mostrado que a depressão pode ocorrer tanto em homens como em mulheres, de todas as idades e de qualquer raça.

Por sua vez, o baixo nível sócio económico e a perceção de falta de controlo têm sido duas das variáveis associadas à depressão (Lorant et al. 2003; Wang et al. 2007) o que vem de encontro aos nossos dados.

O predomínio de scores médios de sintomatologia depressiva mais altos no 3.º e 4.º ano do CLE, anos em que decorrem os ensinamentos clínicos sugerem-nos níveis de stress mais elevados associados às novas experiências do desempenho do papel enquanto futuros profissionais de enfermagem.

Mesmo em níveis sub-clínicos, estes sintomas prejudicam a perceção de identidade, o desempenho, a satisfação e a condição física (Hayes, Bach e Boyd 2010). Estudos epidemiológicos têm mostrado que a prevalência de sintomas depressivos em níveis sub-clínicos tem variado de 11,8% para 28,6 %, não devendo ser desprezados (Rushton, Forcier e Schectman 2002). Apesar da depressão ocorrer menos em adolescentes e jovens adultos a depressão tem vindo a aumentar nesta população sendo de toda a pertinência a sua compreensão (Brito 2011).

Estes resultados apontam para a necessidade de definir estratégias para combater este problema de saúde mental nesta população.

Conclusões

A vida no ensino superior pode colocar dificuldades aos alunos, uma vez que oferece novas experiências e desafios, podendo ser o momento em que a depressão é experienciada pela primeira vez. Os fatores são múltiplos: transição de um ambiente familiar para um ambiente académico com base no desempenho, deslocação, falta de apoio da base “normal” da família, apelo à tomada de decisão e gestão autónoma em diversos âmbitos (financeira, domiciliar, social). Os resultados encontrados vêm colocar em evidência a necessidade de desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental dos estudantes, da prevenção de situações de risco mediante identificação precoce de sintomas depressivos e de criação de estruturas de apoio terapêutico aos estudantes.

Referências

- ALANSARI, B. M. Beck Depression Inventory (BDI-II) items characteristics among undergraduate students of the nineteen Islamic countries. *Social behavior and personality*. 2005, **33**(7), 675-684.
- AL-MUSAWI, N. M. Psychometric properties of the beck depression inventory-II with university students in Bahrain. *J Pers Assess*. 2001, **77**(3), 568-579.
- BECK, A. et al. An inventory for measure depression. *Arch General Psychiatry*. 1961, 4, 561-571.
- BRITO, I. Ansiedade e depressão na adolescência. *Rev Port Clin Geral*. 2011, 27, 208-214.
- CANAVARRO, M. C. et al. Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 2006, **27**(1), 15-23.
- CAVESTRO, J. M. e ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *J. bras. psiquiatria*. 2006, **55**(4), 264-267. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000400001>
- GARBER, J., KEILEY, M. K. e MARTIN, N. C. Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: Predictors of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002, 70, 79-95.
- GHASSEMZADEH, H. et al. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety*. 2005, **21**(4), 85-92.
- HAYES, L., BACH, P. A. e BOYD, C. P. Psychological treatment for adolescent depression: Perspectives on the past, present, and future. *Behaviour Change*. 2010, **27**(1), 1-17.
- IASTREBOV, V. S. et al. Mental health of world's population: Social and economic aspects - a literature review 2000-2010. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2012, **112**(2), 4-13.
- JOSE, P. E. e RATCLIFFE, V. Stressor frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: Gender and age differences in adolescence. *New Zealand Journal of Psychology*. 2004, **33**(3), 145-154.
- LORANT, V. et al. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003, **157**(2), 98-112.
- MORIHIISA, R. S. e SCIVOLETTO, S. Transtorno depressivo na mulher. *Rev Bras Med*. 2010, **58**(3), 151-160.
- VAZ SERRA, A. e PIO ABREU, J. L. Aferição dos quadros depressivos. I – Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*. 1973a, 20, 623-644.
- VAZ SERRA, A. e PIO ABREU, J. L. Aferição dos quadros depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do Inventário Depressivo de Beck. *Coimbra Médica*, 1973b, 20, 713-736.

VIEIRA, K. e COUTINHO, M. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicol. cienc. prof.* 2008, **28**(4), 714-727.

STENSLAND, M., WATSON P. e GRAZIER, K. An examination of costs, charges, and payments for inpatient psychiatric treatment in community hospitals. *Psychiatr Serv.* 2012, **63**(5), 490-493.

RODRÍGUEZ-GÓMEZ, J., DÁVILA-MARTÍNEZ, M. e COLLAZO-RODRÍGUEZ, L. Factor structure of the Beck Depression Inventory- Second Edition (BDI-II) with Puerto Rican elderly. *Puerto Rico Health Sciences Journal.* 2006, **25**(2), 127-32.

RUSHTON, J. L., FORCIER, M. e SCHECTMAN, R. M. Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002, **41**(2), 199-205.

WANG, P. S. et al. Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: Results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Lancet.* 2007, **370**(9590), 841-850. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61414-7

WHO [World Health Organization]. Mental health action plan 2013-2020. Genève: WHO publications, 2013. ISBN 978 92 4 150602 1

