



# saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir

**Escola Superior de Enfermagem do Porto**

UNIESEP | Núcleo de investigação em Saúde e Qualidade de Vida

Porto | 2011

## FICHA TÉCNICA

**Título** | Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir

**Autoria** | UNIESEP | Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida

### **Coordenação de edição** |

Comissão Científica do V Congresso em Saúde e Qualidade de Vida

**ISBN:** 978-989-96103-5-4

### **Propriedade e edição**

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida • 4200-072 Porto

[revisão: Teresa Rodrigues Ferreira]

[reprodução da capa (óleo sobre tela): Cândida Pinto]

[design e paginação: ESEP-GDIAP]

**Dezembro | 2011**

Os artigos publicados neste e-book são propriedade da ESEP, pelo que é proibida a reprodução parcial ou total, sob qualquer forma, sem prévia autorização escrita.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusiva dos seus autores.

## APOIOS



# ÍNDICE

<i>Prefácio</i> .....	6
<i>Resultados do congresso</i> .....	9
<i>Abuso e maus-tratos na Infância: caracterização deste fenómeno em adolescentes do sexo feminino</i> .....	10
<i>A saúde vocal, a carga psíquica e o burnout em professores</i> .....	16
<i>Stresse laboral: programa de intervenção em enfermeiros</i> .....	21
<i>Lidar com o stress: recursos de coping dos enfermeiros</i> .....	26
<i>Limitações da qualidade de vida na epilepsia: mito ou realidade?</i> .....	31
<i>Ser pai e mãe depois dos 30 anos: motivações parentais</i> .....	39
<i>A separação psicológica parental em jovens estudantes de enfermagem</i> .....	46
<i>Continuidade de cuidados: uma prática em parceria</i> .....	54
<i>Análise descritiva da violência, clima organizacional e burnout numa amostra de enfermeiros portugueses</i> .....	61
<i>Sintomatologia ansiosa e depressiva no prestador informal de cuidados a doentes oncológicos em estado terminal</i> .....	65
<i>Adequação do Child Drawing Hospital na avaliação do bem-estar de crianças hospitalizadas portuguesas</i> .....	69
<i>Empowerment em adultos da comunidade: estudo preliminar de adaptação de uma escala para a população portuguesa</i> .....	76
<i>Comportamentos saudáveis e percepção do estado de saúde em profissionais da saúde e do ensino</i> .....	81
<i>Factores que condicionam a promoção da autonomia da pessoa dependente no autocuidado</i> .....	88
<i>Determinantes da qualidade de vida dos médicos: estudo de um caso</i> .....	96
<i>A qualidade de vida nos utentes das unidades de média duração e reabilitação</i> .....	105
<i>Estilos de coping em crianças com doença crónica</i> .....	113
<i>Coping – terapêuticas de enfermagem na promoção de comportamentos de adesão</i> .....	121
<i>As vivências dos alunos de enfermagem perante a morte dos utentes</i> .....	128
<i>Envelhecimento activo: uma forma de ser e de estar</i> .....	134
<i>Maus-tratos a crianças com disabilities: o que tem sido investigado?</i> .....	140
<i>Gravidez subsequente a uma interrupção médica:</i> <i>especificidades de género na relação entre luto perinatal, psicossintomatologia e qualidade de vida</i> .....	149
<i>Diagnóstico de anomalia congénita no bebé no período perinatal:</i> <i>o papel da percepção parental acerca do diagnóstico na qualidade de vida</i> .....	155
<i>Factores que influenciam a adesão das pessoas com IRC em diálise</i> .....	162
<i>Qualidade de vida de pessoas com doença do humor e... Algumas vezes desesperadas</i> .....	167
<i>Vivências da doença genética na família</i> .....	173
<i>Qualidade de vida no trabalho em enfermagem: que conceito?</i> .....	180
<i>Da incapacidade para gerir o regime terapêutico medicamentoso, ao nível de suporte necessário</i> .....	188
<i>Padrão alimentar dos adolescentes ao pequeno-almoço</i> .....	195
<i>A interacção entre a equipa de enfermagem num departamento de cirurgia</i> .....	203
<i>A interacção multidisciplinar num departamento de cirurgia</i> .....	210
<i>Qualidade de vida da mulher com incontinência urinária</i> .....	217
<i>A parentalidade no contexto da esterilidade</i> .....	226
<i>O enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos: a percepção do toxicodependente</i> .....	233
<i>Crescer com fibrose quística: que qualidade de vida</i> .....	241

<i>Qualidade de vida em adolescentes com doenças do lisossoma</i> .....	248
<i>A pessoa idosa e os seus medos</i> .....	252
<i>Quedas: um foco obrigatório da atenção de enfermagem na população idosa</i> .....	258
<i>Vivências sociais do cuidador informal de idosos dependentes</i> .....	268
<i>Obstáculos à qualidade de vida do doente terminal</i> .....	274
<i>O significado da experiência vivida da pessoa doente internada em unidade de cuidados intensivos: revisão sistemática de literatura</i> .....	279
<i>Factores que interferem na qualidade de vida da família de uma criança com doença oncológica</i> .....	287
<i>Burnout, hardiness e satisfação com o trabalho: um estudo comparativo entre profissionais da área da saúde portugueses e brasileiros</i> .....	292
<i>Burnout e engagement em enfermeiros portugueses</i> .....	300
<i>Qualidade de vida: do conceito à tomada de decisão ética</i> .....	309
<i>Espiritualidade nos cuidados de saúde: perspectiva bioética</i> .....	320
<i>Qualidade de vida da criança com cardiopatia congénita: que instrumentos de avaliação?</i> .....	328
<i>Qualidade de vida e autonomia das pessoas idosas que vivem sozinhas no domicílio</i> .....	332
<i>A dor experienciada por pessoas portadoras de gonartrose</i> .....	340
<i>Estudos sobre o processo de cuidados dos enfermeiros perante o sofrimento da pessoa em fim de vida e família: revisão sistemática de literatura</i> .....	346
<i>Motivos que levam as pessoas portadoras de gonartrose a serem submetidas a artroplastia total do joelho</i> .....	352
<b>  Resumos de comunicações</b> .....	<b>357</b>
<i>Repercussões da violência na saúde mental de adolescentes do sexo feminino</i> .....	358
<i>Perturbações afectivo-emocionais: da prevalência às perspectivas de intervenção comunitária</i> .....	359
<i>Utilização do WHOQOL-BREF na avaliação da qualidade de vida de famílias de crianças dos 0-6 anos com necessidades especiais</i> .....	360
<i>Escolas sem violência: um desafio para a equipe de saúde escolar de um Centro de Saúde</i> .....	361
<i>Aquisição de competências de avaliação e intervenção familiar: contribuição do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar</i> .....	362
<i>Sobrecarga sentida pelos familiares cuidadores</i> .....	363
<i>Qualidade de vida do idoso. que percursos?</i> .....	364
<i>Cuidar de Idosos com demência Estratégias de Coping, Satisfação, Dificuldades e Sobrecarga</i> .....	365
<i>Estilos de vida - suas repercussões na academia</i> .....	366
<i>Cuidar idosos dependentes: impacto no cuidador informal</i> .....	367
<i>Vivências do cuidador informal do idoso dependente</i> .....	368
<i>Autonomia do utente na RNCCI</i> .....	369
<i>Cuidar de uma criança com cancro - viver uma transição</i> .....	370
<i>Diferentes gerações em convivência: uma mais-valia na qualidade de vida da pessoa</i> .....	371
<i>Saúde e qualidade de vida no envelhecimento</i> .....	372
<i>Porto, cidade amiga das pessoas idosas</i> .....	373
<i>Imagens do envelhecer: concepções dos enfermeiros</i> .....	374
<i>Crescer saudável: avaliação de comportamentos de risco na infância</i> .....	375
<b>  Nota final</b> .....	<b>376</b>

# prefácio

A “qualidade de vida” é uma das expressões mais exploradas, utilizadas e difundidas nos estudos na área da saúde. Mas não só. Falar-se de desenvolvimento social, desenvolvimento económico, cooperação internacional, diálogo intercultural, dignidade humana e mesmo direitos humanos, só tem sentido se estes conceitos estiverem ancorados numa perspectiva de qualidade de vida.

Há três mil anos que a “qualidade de vida” tem um sentido para o homem. Entre os povos egípcios, possuir saúde e tempo para lazer era sinónimo de qualidade de vida. No entanto, a sua visão transcendental da existência e da morte permitia que se acreditasse na qualidade de vida para além da morte. No Livro dos Mortos, que os antigos egípcios acreditavam ter sido uma obra do deus Toth, descreviam-se uma série de receitas que os falecidos, independentemente do seu estatuto social e riqueza, poderiam utilizar para conseguir uma vida serena e de qualidade. A ideia de qualidade de vida foi amplamente difundida entre os gregos, que a conotavam com a saúde, interacção social, relação com o corpo, estética e organização social.

A definição e percepção do que é “qualidade de vida” tem certamente um forte condicionamento cultural mas, no limite, pode assumir-se que cada ser humano pode ter a sua. Estar bem consigo próprio, ser feliz, não ter dor, ser valorizado pelos outros, ter disponibilidade para admirar a beleza, poder rezar perante o seu Deus, estar e sentir-se em paz, possuir determinados bens... estas ou outras dimensões estariam certamente presentes num qualquer inquérito de rua sobre qualidade de vida. A noção do que é bom e mau, justo e injusto, agradável ou desagradável varia de pessoa para pessoa. Assim sendo, deixaria para já uma primeira ideia: a promoção da qualidade de vida implica, antes de mais, aceitar a diversidade que a caracteriza.

Para os profissionais de saúde, a promoção da qualidade de vida faz hoje parte integrante não apenas dos currículos de formação mas também dos resultados esperados com as intervenções profissionais. Desde 1991 que a OMS desenvolve e apoia projectos de investigação e programas na área da qualidade de vida. Os programas integrados de promoção do autocuidado e de gestão do regime terapêutico, que em alguns países Ocidentais é consistentemente apoiado no contextos dos serviços nacionais de saúde, são bons e felizes exemplos desta tendência.

No IV Congresso – Saúde e Qualidade de Vida, organizado em 2009 pelo Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida da Escola Superior de Enfermagem do Porto, ficou bem patente a realidade multidimensional e ecológica que representa a qualidade de vida.

Muito orgulha a UNIESEP (Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto), que o seu Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida realize este ano mais um Congresso, proporcionando um espaço amplo de debate a profissionais de saúde e a investigadores que elegeram a qualidade de vida como objecto privilegiado de estudo.

As pessoas mudam ao longo da sua vida – e isso é a própria vida. As sociedades transformam-se ao longo do tempo – e isso é o motor da história. Sem querer ser exaustivo, diria que um conjunto de realidades sociais e socioclínicas justificam este interesse pela qualidade de vida: os cuidados continuados, a abordagem da dor, a promoção do envelhecimento activo, a limitação do impacte das demências.

Ao analisar o conjunto de estudos apresentados ao longo do Congresso, cedo nos confrontamos com a pluridade de olhares que enriquecem o conceito e o debate sobre qualidade de vida. Para além de se consolidar e dar ainda mais consistência a um “território” de estudo, este é visivelmente enriquecido pela abordagem multidisciplinar. Tendo como ponto de partida a multiplicidade das realidades e transições humanas que preocupam os investigadores, o Congresso procura consolidar uma área de estudos que está hoje na agenda dos sistemas de saúde mas também constituir um espaço de debate e discussão acerca de alternativas de intervenção tendentes a melhorar a condição e o bem-estar humanos.

As áreas temáticas que é possível reconhecer são convidativas para qualquer profissional de saúde: saúde do idoso, envelhecimento activo e cuidadores de idosos; stress, burnout e problemáticas organizacionais; autonomia, autocuidado e adaptação; qualidade de vida e transições de doença; violência e sofrimento psicológico; adesão e comportamentos de adesão ao regime terapêutico e qualidade e ciclo(s) de vida. Nelas o leitor reconhecerá contributos para o desenvolvimento da enfermagem como disciplina mas simultaneamente evidências que são certamente susceptíveis de contribuir para a promoção da qualidade de vida das pessoas, dos grupos e da comunidade.

Não gostaria de terminar sem referir duas dimensões que deixarei para cada um de nós, investigadores, poder reflectir. Primeira, que a multiplicidade de focalizações e preocupações são um convite para pensarmos os modos de produção da enfermagem como disciplina. Segunda, que o aparecimento de trabalhos de natureza teórica e trabalhos com componente empírica (de âmbito local e regional), enfatiza a articulação de saberes antropológicos, psicológicos, sociológicos, pedagógicos e clínicos. Estas duas dimensões reflectem bem os resultados da investigação sobre a sociologia das profissões, que aponta para a transversalidade como um sinal de consolidação das disciplinas.

O congresso convoca-nos para um debate teórico, análise de pesquisas no terreno e perspectivas de intervenção. Na justa medida em que proporciona uma oportunidade de articulação de discursos e igualmente uma oportunidade para tudo fazermos para que os nossos utentes valorizem a nossa intervenção, convido-vos a conviver com a maturidade dos estudos apresentados e a constituírem-se como elementos de uma rede que vai crescendo, tendo em vista a promoção da QUALIDADE DE VIDA.

Wilson Correia de Abreu

Coordenador da UNIESEP - Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

resultados do congresso

# ABUSO E MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA

## CARACTERIZAÇÃO DESTE FENÔMENO EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO

Oliveira, E.N.\*

Vasconcelos, M.C.\*\*

Costa, F.B.C.\*\*\*

Eloia, S.C.\*\*\*\*

Lopes, M.V.O.\*\*\*\*\*

Gubert, F.A.\*\*\*\*\*

\* Universidade Estadual Vale do Acaraú, Docente do Curso de Enfermagem; Enfermeira, Doutora em Enfermagem;  
e-mail: eliany@hotmail.com;

\*\* Universidade Estadual Vale do Acaraú, Acadêmica de Enfermagem; Bolsista de IC/FUNCAP;  
e-mail: chechelecarneiro@hotmail.com ;

\*\*\* Universidade Estadual Vale do Acaraú, Acadêmica de Enfermagem; Bolsista de IC/FUNCAP;  
e-mail: brunna@hotmail.com;

\*\*\*\* Universidade Estadual Vale do Acaraú, Acadêmica de Enfermagem; Bolsista de IC/FUNCAP;  
e-mail: saeloia@hotmail.com;

\*\*\*\*\* Universidade Federal do Ceará, Docente do Curso de Enfermagem; Enfermeiro, Doutor em Enfermagem;  
e-mail: marcos@ufc.br;

\*\*\*\*\* Universidade Federal do Ceará, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Enfermeira;  
e-mail: fabianegubert@hotmail.com

## RESUMO

Este estudo objetivou analisar as características da violência vivenciada por adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 12 a 19 anos que frequentam Escolas Públicas no Município de Sobral – CE, Brasil. Estudo do tipo *Surveys* com amostragem por conglomerado. Amostra foi constituída por 949 adolescentes. O questionário sobre traumas na infância, versão validada para o Brasil foi o instrumento utilizado. A negligência emocional foi a mais referida com (84,4%) das ocorrências, o abuso emocional foi reportado por 66,6% da população, o abuso físico (27%), negligência física (24%) e abuso sexual foi revelado por apenas 8% das adolescentes. Os tipos de violências sofridos por estas adolescentes enquanto cresciam, sugere que a violência familiar pode estar interferindo diretamente no seu crescimento pessoal, dificultando a execução de projetos de vida saudável.

**Palavras-Chave:** Maus-tratos infantis; violência doméstica; saúde mental

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the characteristics of violence lived by female teenagers between the ages of 12 and 19 years old that attended Public Schools in the Town of Sobral - CE, Brazil. This is a Survey of conglomerates. The sample is constituted of 949 teenagers. The questionnaire of childhood traumas has been validated for Brazilian population, was the instrument used. Emotional negligence was more referred (84%) of occurrence. Emotional abuse was reported by 66% of the population, physical abuse by 27%, physical negligence by 24% and sexual abuse was disclosed by only 8% of the teenage population. The types of violence expressed by these teenagers in their early life suggest that family violence may be interfering directly with their personal growth, making it difficult for future health functioning.

**Keywords:** infancy maltreatment; domestic violence; mental health

## INTRODUÇÃO

A violência hoje é uma das grandes preocupações em nível mundial, afetando a sociedade como um todo. Historicamente seus efeitos se fazem sentir, principalmente, em grupos sociais mais vulneráveis, como crianças, adolescentes e mulheres, pertencentes a estratos sociais menos favoráveis (Sousa, 1997).

Um evento bem mais comum do que se supõe o senso comum é a violência familiar. Atinge principalmente mulheres e crianças/adolescentes, implicando em graves repercussões físicas, emocionais e sociais. No Brasil, há evidências de que se trata de um importante problema de saúde pública (Brasil, 2002).

Trata-se, antes de tudo, de uma questão social e, portanto, em si, não é objeto próprio do setor saúde, tornando-se um tema desse campo devido ao impacto provocado na qualidade de vida de pessoas que sofreram lesões físicas, psíquicas e morais que acabam por acarretar atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares, onde pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersectorialidade, na qual o campo médico-social se integra (Minayo, 2004).

A partir desta contextualização inicial, nosso estudo pretende gerar conhecimento para ampliação da compreensão dos tipos de violência e maus tratos sofridos pelas adolescentes entre 12 e 19 anos estudantes de escolas públicas. A relevância da problemática levantada nos impulsionou para realização dessa pesquisa com o seguinte objetivo: analisar as características da violência vivenciada por adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 12 a 19 anos que frequentam Escolas Públicas no Município de Sobral - CE.

## METODOLOGIA

Este estudo faz parte de uma pesquisa ampla, em desenvolvimento desde 2008, patrocinada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Classificada como do tipo *Survey*, com delineamento transversal, pelo qual adotamos a amostragem por conglomerado, esta pesquisa quantifica o fenômeno “violência” relatado por adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 12 a 19 anos, estudantes das escolas públicas do Município de Sobral, Ceará. Vale ressaltar que este artigo foi organizado apenas com os dados da primeira fase da pesquisa principal que possui o seguinte título: Maus Tratos e Violência na Infância: Repercussões na vida e saúde mental de adolescentes do sexo feminino.

Para coleta de dados utilizamos o Questionário sobre Traumas na Infância (QUESTI), tradução para o português do Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Este instrumento investiga os cinco componentes de trauma: abuso físico, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e abuso sexual, e se dirige a adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos, onde o respondedor gradua a frequência de 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala *Likert* de cinco pontos (Bernstein et al, 2006).

As adolescentes foram abordadas na própria escola por uma ou duas pesquisadoras que lhes informavam o objetivo e a duração aproximada para aplicação do questionário e solicitavam sua participação voluntária no processo, garantindo-lhes anonimato e sigilo. Havendo concordância em participar do estudo, o questionário era realizado no momento em ambiente tranquilo e acolhedor. Num total de 949 adolescentes responderam o questionário, onde houve cinco recusas para respondê-lo.

Atendemos a todas as recomendações presentes na Resolução nº 196/96, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Os dados foram digitados e processados eletronicamente com a utilização do software SPSS, versão 13. Apresentados em tabelas, interpretados estatisticamente e analisados de acordo com o referencial teórico levantado sobre o tema.

## RESULTADOS & DISCUSSÃO

A pesquisa com as 949 jovens evidenciou que 698 delas, já havia sofrido algum tipo de violência, o que corresponde a 73,6% dos casos. Apenas 251 (26,4%) das participantes revelaram nunca terem sofrido nenhum tipo de violência. Envolto à violência familiar, estudiosos traduzem-na como aquela que se manifesta nas relações

interpessoais que ocorrem entre os membros de uma mesma família, através de atitudes, omissões ou ações de caráter físico, sexual, verbal, emocional e moral de uns com os outros, causando prejuízo a um ou mais dos familiares. Quando a criança convive em um ambiente cercado de violência fica vulnerável às piores formas de relação que, provavelmente, marcará de forma definitiva seu desenvolvimento global enquanto pessoa no futuro (Algeri, 2005).

Acerca das categorias de violência, segundo o QUESI, as quais denotamos de negligência física e emocional, além de abuso emocional, físico e sexual, verificamos que suas médias se concentram nos níveis próximos a cinco, numeral que corresponde um nível baixo de violência relatada pelas adolescentes em quase todos os 28 itens avaliados (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização da violência sofrida por adolescentes na faixa etária de 12 a 19 anos, estudantes das Escolas Públicas de Sobral. Ceará, 2009.

Variáveis	Média	Frequência	Porcentagem
Negligência Física	4,72	170	24,3%
Negligência Emocional	4,34	589	84,4%
Abuso Emocional	4,35	465	66,6%
Abuso Sexual	4,93	56	8,0%
Abuso Físico	4,77	189	27,1%

Identificamos um percentual de 24,3% adolescentes que relataram negligência física. Por esta violência, alguns autores entendem como a falta de supervisão em relação à segurança e falta de provisão em relação às necessidades de desenvolvimento físico da criança relacionadas com a aparência e bem-estar, higiene, alimentação e saúde (Calheiros e Monteiro, 2000).

No que se refere à negligência emocional, houve um total de 84,4% adolescentes que revelaram ter sofrido esse tipo de violência. A negligência emocional pode ser compreendida como a deterioração do ambiente interpessoal do lar e indução de aspectos negativos na criança em relação a senso de segurança física e emocional, aceitação, auto-estima, consideração e autonomia. Embora haja pouco consenso sobre sua definição, esse tipo de violência tem sido, na prática, considerada como a falta de responsabilidade e “calor” materno/paterno ou, ainda, a falta de consistência e predeterminação no trato com a criança, especialmente no plano disciplinar. Essa negligência é praticamente ignorada, inclusive na literatura, pois constitui forma insidiosa de violência, que traz em seu bojo a indiferença, o desafeto, o desamor, conseqüências danosas para a auto-estima da vítima (Faleiros e Campos, 2000).

A Tabela 2 apresenta a ocorrência da negligência física na vida destas garotas, onde observamos que, em sua maioria, não foram vítimas deste tipo de violência. Identificamos que 2,2% responderam que nunca tiveram alimentação em casa; apenas 1,7% tiveram poucas vezes e 4,2% tiveram alimentação suficiente somente às vezes. Este resultado sugere que a fome que pode ser entendida como a falta sistemática de alimento em uma família, não fez parte do cotidiano dessas adolescentes.

Tabela 2 - Ocorrência da frequência e porcentagem de Negligência Física sofridos por adolescentes de 12 a 19 anos, estudantes das Escolas Públicas de Sobral, Ceará, 2009.

Variáveis	Tive alimentação suficiente	Usei roupas sujas	Tive alguém para me levar ao médico quando precisei
Nunca	21(2,2%)	901(95,2%)	45(4,8%)
Poucas vezes	16(1,7%)	20(2,1%)	26(2,8%)
Às vezes	40(4,2%)	16(1,7%)	38(4,1%)
Muitas vezes	71(7,5%)	5(0,5%)	78(8,4%)
Sempre	800(84,4%)	5(0,5%)	745(79,9%)
Total	948(100%)	947(100%)	932(100%)

Quanto à necessidade de terem que usar roupas sujas enquanto cresciam, 0,5% das meninas revelaram que sempre e muitas vezes precisaram usar roupas sujas e 1,7% responderam que usaram à vezes. E na terceira subcategoria analisada, quantificamos que 4,8% afirmaram nunca terem tido alguém para levarem ao médico quando necessitavam, 2,8% responderam poucas vezes e 4,1%, às vezes.

A negligência pode se manifestar pela ausência de cuidados físicos, emocionais e sociais, devido à condição socioeconômica desfavorável da família; pelos atos omissivos infligidos pelos agressores, assim como pelo abandono da criança, desde a mais tenra idade. Estudos apontam que, nos Estados Unidos, cerca de (45%) das agressões contra crianças constituem-se em negligência familiar (Assis e Souza, 1999).

## CONCLUSÕES

Os resultados evidenciaram que 73,6% das adolescentes sofreram algum tipo de violência enquanto cresciam. A negligência emocional aparece com um percentual muito significativo (84,4%), muito próximo do abuso emocional (66,6%), ambas relacionadas diretamente com comportamentos e atitudes de pessoas que estiveram presentes durante a infância e crescimento dessas jovens.

Os dois tipos de violências que fizeram parte com maior ênfase da infância desse grupo de jovens, não podem ser analisadas de forma simples, pois fazem parte da violência psicológica, fenômeno de importante significado para o sofrimento psíquico. Podemos sugerir que este grupo teve em sua infância situações onde a violência psicológica foi responsável pelo sofrimento psíquico, e este por sua vez, as deixou vulneráveis para levarem a cabo um crescimento e desenvolvimento saudável.

Sabemos que acontecimentos na infância, quando negativos, podem afetar a estrutura psíquica do adulto. Estudos têm demonstrado que é exatamente durante a adolescência que situação de crises se instalam, sendo como fator predisponente uma infância permeada de vivências negativas.

Nesta perspectiva nossa pesquisa buscou produzir um conhecimento com enfoque nas principais violências sofridas por adolescentes de escolas públicas. Este além de ser base para o seguimento da segunda fase de uma pesquisa maior, irá contribuir para compreensão deste fenômeno em jovens do sexo feminino que possuem características sócio culturais similares as das participantes deste estudo.

Acreditamos que o estudo servirá para os profissionais de saúde, e em particular a(o) enfermeira(o), por disporem de um diagnóstico que os auxiliarão na construção de ações de promoção da saúde junto a esse grupo, detecção e prevenção aos maus-tratos na infância e adolescência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SOUSA V.A. - Um olhar de gênero nas temáticas sociais. João Pessoa: Idéia, 1997.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR) - Série A. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. MINAYO MCS. *Violência e Saúde: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
5. BERNSTEIN D.P., STEIN J.A., NEWCOMB M.D., WALKER E., POGGE D., AHLUVALIA T., et al. - Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003; 27(2):169-90. Retratação em: Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 40, n.º2 (2006), p.249-255.
6. ALGERI S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 26, n.º3 (2005) [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4561/2488>
7. CALHEIROS M, MONTEIRO MB. Maus trato e negligência parental: contributos para a definição social dos conceitos. *Sociologia*. Vol. 34 (2000) [aproximadamente 31 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n34/n34a06.pdf>
8. FALEIROS ETS, CAMPOS J. *O Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes*. Brasília; 2000. [citado em: 25 jul 2009]. Disponível em: [http://www.cecria.org.br/pub/livro\\_repensando\\_os\\_conceitos\\_eva\\_publicacoes.pdf](http://www.cecria.org.br/pub/livro_repensando_os_conceitos_eva_publicacoes.pdf)
9. ASSIS SG, SOUZA ER. Criando Caim e Abel – pensando a prevenção da infração juvenil. *Ciência Saúde Coletiva*. Vol. 4, n.º 1 (1999), p.131-144.

# A SAÚDE VOCAL, A CARGA PSÍQUICA E O BURNOUT EM PROFESSORES

Vilelas, J. M. S.\*

---

\* Escola Superior de Saúde Egas Moniz (Professor Coordenador) e Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (Professor convidado); e-mail: [josé.vilelas@gmail.com](mailto:josé.vilelas@gmail.com)

## RESUMO

A docência é uma das profissões onde existe uma grande incidência de alterações vocais, que, muitas vezes, interferem na prática diária de transmitir os conteúdos através da voz. **Objectivo:** Analisar a saúde vocal, a carga psíquica e o burnout nos professores do 3º ciclo. **Métodos:** Neste estudo correlacional aplicou-se um questionário a 726 professores, que incluía o Questionário de Carga Psíquica e o Inventário de Burnout de Maslach. **Resultados:** Os professores que possuíam uma maior carga psíquica tendiam a apresentar mais hábitos vocais inadequados e os professores com um elevado nível de burnout apresentavam uma maior carga psíquica. **Conclusões:** Fica evidente, que os cuidados que os professores têm com a sua voz não são realizados de forma preventiva. A promoção da saúde ao nível da prevenção primária seria o ideal para evitar as práticas vocais inadequadas e as possíveis alterações vocais.

**Palavras-chave:** Saúde Vocal; Professores; Carga Psíquica; Burnout.

## ABSTRACT

The teaching is a profession that a great incidence of vocal alterations exists and they often interfere in practice daily rate of transmitting the contents through the voice. **Objective:** To analyze the vocal health, the psychic load and the burnout in the teachers of the 3rd cycle. **Methods:** This study has corelational, having been accomplished in a sample of 726 teachers. As Instrument of Crop of data, a questionnaire was applied, that included Questionnaire of Psychic Load and Burnout Inventory of Maslach. **Results:** the teachers that possessed a larger psychic load tended to present more inadequate vocal habits; the teachers with a high burnout level presented a larger psychic load. **Conclusions:** It is evident, that the cares that the teachers have with their voice are not accomplished in a preventive way. The promotion of the health at the level of the primary prevention would be the ideal to avoid the inadequate vocal practices and the possible vocal alterations.

**Keywords:** Vocal health; Teachers; Psychic load; Burnout.

## INTRODUÇÃO

Apesar de que, desde 1966 a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial de Saúde terem vindo a recomendar aos países a vigilância da saúde dos docentes, existem, ainda, algumas dificuldades para o reconhecimento como doenças profissionais aquelas associadas à sua profissão, nomeadamente as patologias vocais (VILKMAN, 2000). Dentro das categorias profissionais, que têm na voz o seu principal instrumento de trabalho e, que dependem dela para exercer a sua profissão destacamos os professores. Estes muitas vezes estão submetidos a trabalhos intensos, cansativos e diários, com o uso da voz profissionalmente inapropriada. A profissão dos professores é uma das mais acometidas por problemas vocais (VILKMAN, 2000; VERDOLINI e RAMIG, 2001; VILKMAN, 2004), tendo como causa o período extenso de trabalho e a falta de conhecimento

das técnicas vocais (FABRON e OMOTE, 2000). Dado que nos propusemos estudar o fenómeno da saúde vocal nos professores do 3º ciclo, definimos os seguintes objectivos: Conhecer a relação entre a carga psíquica do professor e o aparecimento dos hábitos vocais inadequados; Evidenciar a influência da carga psíquica do professor no nível de burnout profissional; Descrever a relação entre o nível de burnout e o género. Assim, este estudo possui um carácter descritivo e correlacional.

## METODOLOGIA

Participantes: todos os presidentes dos conselhos executivos das escolas (N=66) da Península de Setúbal foram contactados. A amostra inicialmente coincidia com a população (N= 2372). Todavia, e após a recolha dos questionários, a amostra passou a ser constituída por 726 docentes. Instrumentos: o instrumento de recolha de dados foi o questionário constituído por 5 partes: caracterização sócio-profissional da amostra; O Questionário de Avaliação da Carga Psíquica (QCP) elaborado por LEMOS (2005); e o Inventário de Burnout de Maslach -versão traduzida e adaptada por CRUZ e MELO (1996). Procedimentos: com a finalidade de estudar a fiabilidade dos instrumentos aplicados, procedemos à avaliação da sua consistência interna. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DE DADOS

A partir dos resultados, é possível constatar, que os professores, que colaboraram no estudo apresentavam uma idade média de 40 anos, (71.6%) eram do sexo feminino e casados (61%), 89.0% eram licenciados e 44.5% dos professores eram do grupo : Português, Língua Estrangeira, História e Geografia. Quanto à carga lectiva, podemos afirmar, que a maioria dos professores possuía entre 20 e 30 horas semanais, negando desenvolver outra actividade, que exigisse a utilização da voz (90.9%). Em relação ao tempo médio de profissão, no nosso estudo, foi de 15.84 anos. Relativamente ao nº médio de alunos por turma constatámos, que 92.2% dos professores referiram ter 20 ou mais alunos por turma. Relativamente aos hábitos vocais inadequados, que contribuem para os distúrbios vocais, podemos salientar, que os professores do nosso estudo evidenciaram os seguintes hábitos «falo e utilizo os meus braços para me expressar», «falo num tom de voz baixo», «falo e ando em simultâneo», «falo num tom de voz elevado», «falo rapidamente» e «grito na sala de aula». Podemos concluir através do nosso estudo, que os professores, que evidenciam maior carga psíquica tendem a apresentar mais hábitos vocais inadequados ( $p < 0.001$ ). Isto, não nos surpreende uma vez, que a necessidade de falar incessantemente e alterar o tom de voz repetidas vezes, provoca uma tensão física e psíquica, que influencia a qualidade da voz. Por último, a docência causa sobrecarga muscular e circulatória, provocando desconforto e/ou dor, levando o docente a afastar-se do ambiente de trabalho e em casos extremos, a uma pressão psicológica, podendo provocar depressão ou abandonar a profissão precocemente (FONSECA, 2001). Os dados revelam ainda, que os professores com um alto nível de burnout tendem a evidenciar maior carga psíquica ( $p < 0.001$ ). Este resultado corrobora com a literatura consultada. As cargas físicas, constantes nos processos de trabalho, relacionam-se com as cargas psíquicas do

trabalho, interagindo entre elas evidenciando a dimensão psicológica da carga (CRUZ, ALCHIER e SARDÁ, 2002) como, por exemplo, neste estudo, o incômodo provocado pelo ruído dos alunos ou o constrangimento referido pelos professores causado pela distribuição do espaço físico ou a necessidade de falar constantemente em sala de aula. Pela análise dos dados, no nosso estudo verificamos, que 52.3% dos professores evidenciaram uma elevada exaustão emocional, 84.6% foram classificados como tendo baixa realização pessoal e 40.2% revelaram níveis médios de despersonalização. Estes dados indicam, que um número significativo de profissionais parece estar num estado de burnout, marcado essencialmente por sentimentos de baixa realização pessoal e/ou elevados níveis de exaustão emocional e de despersonalização. De facto, a combinação simultânea dos resultados nas três dimensões aponta para uma percentagem média de 63.3% de professores que parecem encontrar-se claramente em situação de «burnout». Concluimos, ainda que existe relação entre os níveis de burnout e o sexo dos professores, mas apenas ao nível da exaustão emocional a relação pode ser considerada como estatisticamente significativa ( $p = 0.047$ ). Comparando as proporções de casos em cada um dos níveis, podemos afirmar, que as professoras tendem a manifestar níveis mais elevados de exaustão emocional. Os professores tendem a evidenciar maior carga psíquica ( $p=0.005$ ). A proporção de casos com alto burnout tende a aumentar à medida, que diminui a percepção da saúde vocal ( $p= 0.002$ ). Questionados objectivamente acerca da sua saúde vocal, 43.9% dos professores classificaram-na como razoável, seguidos de 38.4%, que a classificaram como sendo boa. Apenas 10.8% dos professores inquiridos referiram ter uma saúde vocal má ou péssima.

## CONCLUSÕES

Dialogar sobre a voz possibilitou-nos, no presente trabalho, reflectir sobre o papel da produção vocal no contexto do ensino, permitindo situações de auto-avaliação para o professor seja essa, sobre ele próprio, sobre os seus colegas de profissão ou mesmo sobre os futuros professores, que se encontram sob a sua responsabilidade, no período de formação. Lembramos aqui, que se queremos mudanças na educação, devemos assumir mudanças na formação dos futuros professores, que serão por sua vez co-responsáveis na formação de novos profissionais em geral, participantes directos na vida em sociedade.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- CRUZ, R.M., ALCHIERI, J.C. e SARDÁ Jr, J.J.(orgs.) - *Avaliação e medidas psicológicas – produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- CRUZ, J. F. e MELO, B. M. - *Stress e “burnout” nos psicólogos: Desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos de avaliação*. (Relatório de investigação não publicado.) Braga: Universidade do Minho, 1996.
- FABRON, E.M.G. e OMOTE, S. - Queixas vocais entre professores e outros profissionais. In: FERREIRA, L.P., Costa, H.O. *Voz ativa: falando sobre o profissional da voz*. São Paulo: Roca, 2000.
- FONSECA, C.C.O.P. - *O adoecer psíquico no trabalho do professor do ensino fundamental e médio da rede pública no estado de Minas Gerais*. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001. Tese de Mestrado.

LEMOS, J.C. - *Carga psíquica no trabalho e processos de saúde em professores universitários*. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Tese de Doutorado.

VERDOLINI, K. e RAMIG, L.O. - Review: occupational risks for voice problems. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*. Vol 26, n.º 81(2001), p. 37-46.

VILKMAN, E.-Voice problems at work: a challenge for occupational safety and health arrangement. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. Vol 52, n.º1-3(2000), p. 120-5.

VILKMAN E.-Occupational safety and health aspects of voice and speech professions. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. Vol 56, n.º4 (2004), p. 220-53.

# STRESSE LABORAL

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMEIROS

Borges, E.\*

Rodrigues-Ferreira, T. \*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto; e-mail: elizabete@esenf.pt;

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador.

## RESUMO

Actualmente o stress é identificado como um problema de saúde pública, económico e social, com repercussões a nível do indivíduo, das organizações e dos governos (Mendes & Cruz, 2004). Para o Observatório Europeu de Riscos (AESST, 2009, p.21) “do total de dias de trabalho perdidos, 50% a 60% estão relacionados com o stress”. O relaxamento muscular progressivo (Edmund Jacobson) representa uma estratégia de auto-controlo das respostas de stress.

Pretendemos com este estudo analisar a eficácia de um programa de gestão de stress nos enfermeiros. Os resultados obtidos permitiu-nos constatar uma diminuição do ritmo cardíaco e o aumento do grau de percepção de relaxamento muscular, nos diferentes grupos, pelos participantes.

**Palavras-Chave:** Stresse; Trabalho; Enfermagem; Relaxamento

## ABSTRACT

Nowadays, stress is identified as a economical, social and a problem of public health, with repercussions in the individuals, organizations and governments (Mendes & Cruz, 2004). To the European Risk Observatory (AESST, 2009, p.21) “from the total of work days lost, 50% to 60% are related to stress”. The progressive muscle relaxation (Edmund Jacobson) represents a strategy of self-control of the responses to stress.

With this study, we pretend to analyze the effectiveness of a program of stress management in nurses. The obtained results allowed us to notice a decrease of a cardinal rhythm and an increasing of the level of perception of muscular relaxation, in the different groups, by the participants.

**Keywords:** Stress; Work; Nursing; Relaxation

## INTRODUÇÃO

Inúmeros autores têm identificado a enfermagem como uma profissão com elevados índices de stress (Abualrub e Al-Zaru, 2008; Currid, 2009; Gates e Gillespie, 2008; ICN, 2007).

O contexto de trabalho, o horário de trabalho por turnos, a sobrecarga emocional e física, os recursos humanos e o vínculo institucional são alguns factores identificados como determinantes de stress laboral, em enfermagem.

Segundo o ICN (2007, p. 3) “a tensão relacionada com o posto de trabalho representa no mercado laboral da América do Norte um gasto anual de duzentos mil a trezentos mil milhões de dólares”. Os estudos de Button (2008) e Judkins e Rind (2005) evidenciam a associação entre o stress e as alterações na satisfação com o trabalho.

Serra (2002) refere que a redução do stress pode ser concretizada através da alteração da relação do indivíduo com a circunstância, do desenvolvimento das aptidões e dos recursos do indivíduo assim como, da resistência individual ao stress.

O relaxamento, mais concretamente, através da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, tem sido mencionado como uma estratégia de intervenção no controlo do stress, associado ao trabalho.

Para Vásquez (2001) o objectivo da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson é dotar a pessoa de habilidades para controlar a sua própria activação fisiológica e confrontar as situações que provocam stress e ansiedade.

## METODOLOGIA

Este estudo teve como objectivo analisar a eficácia de um programa de gestão de stress nos enfermeiros.

O estudo é de carácter longitudinal exploratório e descritivo integrado no paradigma de investigação quantitativa.

### Participantes

Participaram no estudo Enfermeiros/Alunos de Cursos de Pós-Licenciatura (N=151) que aceitaram participar no estudo. No programa psicopedagógico na primeira, segunda e terceira sessão participaram 92, 74 e 70 enfermeiros, respectivamente.

### Material

Recorremos a um programa psicopedagógico, num total de três sessões. A primeira sessão abordou conteúdos teóricos relativos ao stress e violência psicológica, a segunda e terceira foram sessões práticas com técnicas de relaxamento de Jacobson para 7 grupos musculares (Gonçalves, 1990) (face; braço dominante e não dominante; pescoço e garganta, peito, ombros, parte superior das costas e abdómen; perna dominante e não dominante) e de imaginação guiada.

Entre a 1ª e 2ª intervenção, o intervalo de tempo entre foi de 3 a 4 semanas e entre a 2ª e 3ª sessão de 3 semanas. Foram respeitados os princípios éticos inerentes ao processo investigativo.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos resultados obtidos salientamos que numa amostra inicial de 151 enfermeiros 84,8% eram do sexo feminino, com uma idade média de 33,1 anos (DP= 5,659) e tempo médio de serviço na profissão de 10,4 (DP=5,1), na instituição de 8,6 (DP=4,2) e no local de trabalho actual, de 6,6 (DP=3,7). Relativamente à categoria profissional 99 (65,6%) eram enfermeiros graduados e 52 (34,4%) enfermeiro. Integravam o quadro de pessoal 110 (73,3%) e estavam em regime de contrato 40 (26,7%) enfermeiros. Integraram o programa psicopedagógico, na segunda sessão 74 e na terceira 70 enfermeiros.

Na 2ª sessão do programa de intervenção, relativamente à monitorização do pulso verificou-se uma diminuição da frequência cardíaca do valor médio de 74,8 (DP=9,9) para 68,6 (DP=9,7). Também, na 3ª sessão ocorreu um decréscimo no valor médio da frequência cardíaca no início da sessão com 77 (DP=10,3) e no final de 69,7 (DP= 8,8).

No que se refere ao grau de relaxamento percebido, na 2ª sessão, pelos participantes no final da execução da

técnica, o valor médio máximo foi de 6,2 (DP=1,7) no membro inferior dominante, sendo o valor médio mais baixo percebido nos exercícios da face com  $M=4,9$  e  $DP=2,0$ .

Na 3ª sessão do programa de intervenção verificou-se, tal como na 2ª sessão, uma maior percepção do grau de relaxamento nos grupos musculares peito, ombros, parte superior das costas e abdômen e perna dominante com valores médios iguais de 7,3 (DP=1,8). Sendo a face a que revelou menor média de percepção de grau de relaxamento ( $M=5,9$ ,  $DP=2,0$ ).

Através da análise de variância de médias para a variáveis pulso (medidas obtidas antes e após cada sessão prática) e percepção do grau de relaxamento concluímos que os enfermeiros apresentaram média superior do grau de relaxamento ( $M=6,9$ ;  $DP=1,5$ ) na 3ª sessão comparativamente à segunda sessão ( $M=5,8$ ;  $DP=1,5$ ) com um valor de  $t(50) = -4,405$ ;  $p < 0,000$ .

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Payne (2002) refere a importância do relaxamento no stress ocupacional. Também, Serra (2002) menciona que treino de relaxamento tem demonstrado vantagens em problemas de saúde associados ao stress.

Após a execução dos exercícios de relaxamento e de imaginação guiada, pelos participantes constatamos, no nosso estudo, uma diminuição do ritmo cardíaco no final da 2ª e 3ª assim como, um aumento do grau de percepção de relaxamento muscular, nos diferentes grupos com significado estatístico para a percepção do grau de relaxamento.

Tal, como verificamos através dos resultados do nosso estudo, Ramos (2001) afirma as vantagens das técnicas de relaxamento na redução da frequência cardíaca e da pressão sanguínea. Alparslan e Akdemir (2010) comprovam de igual modo a diminuição da tensão arterial, através do treino de relaxamento.

Yung, Fung, Chan, & Lau (2004) num estudo com 54 enfermeiros implementaram um programa de técnicas de relaxamento: Stretch-release relaxation (relaxamento progressivo) e Cognitive Relaxation (imaginação guiada) e concluíram que os métodos contribuíram para a diminuição dos níveis de ansiedade e aumento da saúde mental dos enfermeiros.

## CONCLUSÕES

É reconhecido que a resposta psicofisiológica ao relaxamento “previne ou melhora os transtornos mediados pelo stress” (Serra, 2002, p. 695). O treino de relaxamento revela-se uma estratégia vantajosa de intervenção, na gestão do stress.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUALRUB, Raeda F. & AL-ZARU, Ibtisam M. - Job stress, recognition, job performance and intention to Stay at work among Jordanian hospital nurses. *Journal of Nursing Management*. Vol. 16, nº 3 (Apr, 2008), p. 227-236.
- ALPARSLAN, Guler B. & AKDEMIR, Nuran - Effects of walking and relaxation techniques exercises on controlling hypertension. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*. Vol. 1 (March, 2010), p. 9-14.
- BUTTON, Lori A. - Effect of social support and coping strategies on the relationship between health care-related occupational stress and health. *Journal of Research in Nursing*. Vol. 13, nº 6 (November, 2008), p. 498-524.
- CURRID, Thomas - Experiences of stress among nurses in acute mental health settings. *Nursing Standard*. Vol. 44, nº 23 (Jul, 2009), p. 40-46.
- GATES, Donna M. & GILLESPIE, Gordon L. - Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Vol. 37, nº 2 (Mar-Apr, 2008), p. 243-249.
- GONÇALVES, Óscar - *Terapia comportamental: Modelos teóricos e manuais terapêuticos*. Porto: Jornal de Psicologia, 1990.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *ICN on Occupational Stress and the threat to worker health, 2007* [Em linha]. [Consult. Set. 2008]. Disponível em [http://www.icn.ch/matters\\_stress.htm](http://www.icn.ch/matters_stress.htm).
- JUDKINS, Sharon & RIND, Raedel - Hardiness, job satisfaction, and stress among home health nurses. *Home Health Care Management & Practice*. Vol. 17, nº 2 (February, 2005), p.113-118.
- PAYNE, Rosemary - *Técnicas de relaxamento*. Loures: Lusociência. (Tradução do original em língua inglesa Relaxation Techniques), 2002.
- RAMOS, Marco - *Desfiar o Desafio: Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH, 2001.
- SERRA, Adriano V. - *O Stress na vida de todos os dias* (2 ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.
- YUNG, P. M. B., FUNG, M.Y., CHAN, T. M. F. & LAU, B. W. K. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. *Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 13, nº4 (Dec, 2004), p. 255-261.
- VÁQUEZ, Maria I. - *Técnicas de Relajación y Respiración*. Madrid: Editorial Síntesis, 2001.

## LIDAR COM O STRESSE

### RECURSOS DE COPING DOS ENFERMEIROS

Borges, E.\*

Rodrigues-Ferreira, T.\*\*

---

\*Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto; e-mail: elizabete@esenf.pt

\*\*Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador.

## RESUMO

São complexos os novos factores que afectam a segurança e saúde no trabalho, como a estrutura demográfica, a disseminação de novas tecnologias e a alteração na importância de sectores económico. Contudo, o stress relacionado com o trabalho mantém-se actual, nas nossas empresas “22% of the working population is affected by work-related stress” (AESST, 2010).

Os enfermeiros representam um grupo profissional, em que o stress relacionado com o trabalho é uma realidade (ICN, 2007).

Os resultados obtidos evidenciaram que das subescalas de recursos de coping, o suporte social foi a mais utilizada pelos participantes.

**Palavras-Chave:** Stresse; Coping; Suporte Social; Enfermeiros

## ABSTRACT

The new factors that affect security and health in work are complex, as the demographic strategies, the spread of new technologies and changes on the importance of some economic sectors. However, the stress related to work is a problem of the present, in our companies “22% of the working population is affected by work-related stress” (AESST, 2010).

Nurses represent a professional group, in which the stress related to work is a reality (ICN, 2007).

The obtained results show that from its coping resources subscales, the social support was the most used by the participants.

**Keywords:** Stress, Coping, Social Support, Nursing

## INTRODUÇÃO

A OMS (2010) com o objectivo de contribuir para a promoção da saúde no local de trabalho apresenta o modelo de ambientes de trabalho saudáveis. Este modelo evidencia como factores essenciais a atenção especial ao processo contínuo (mobilizar, reunir, diagnosticar, priorizar, planejar, fazer, avaliar e melhorar) e gradual de mobilização, a participação de trabalhadores e gestores, assentes em princípios éticos e de valores. As vias de influência descritas neste modelo (ambiente físico e psicossocial do trabalho, os recursos individuais de saúde e a participação da empresa) ainda que sejam identificadas como áreas distintas, por vezes sobrepõem-se influenciando o ambiente de trabalho.

Segundo a mesma fonte, o ambiente psicossocial do trabalho compreende a cultura organizacional, os valores, as crenças e as práticas quotidianas da empresa que afectam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Estes factores podem ser identificados, em determinadas situações, como stressores laborais.

Os profissionais de enfermagem representam uma profissão com elevados níveis de stress. Os stressores são múltiplos e em muitas situações com elevada complexidade, de que é exemplo o fenómeno do bullying (Einarsen, Hoel, Zapf & Cooper, 2011).

Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) identificam os seguintes stressores no trabalho, num estudo desenvolvido com uma amostra de enfermeiros: o trabalho de formação e a elaboração de relatórios técnicos, cometer erros e lidar com insucessos e problemas profissionais, excesso de trabalho e envolvimento profissional, instabilidade profissional e na carreira, ambiente de trabalho e relações profissionais, remuneração auferida, falta de reconhecimento, poder e problemas familiares.

É fundamental uma intervenção no stress, esta pode ser desenvolvida com recurso a diferentes estratégias. Ramos (2001) sintetiza estratégias de intervenção no stress em três áreas: eliminar, reduzir ou adequar fontes de stress; reduzir vulnerabilidades/aumentar resistências e, melhorar actos de coping e assistir, cuidar e recuperar pessoas perturbadas pelo stress. Para este autor todas as estratégias podem ser implementadas nos diferentes níveis de prevenção.

## METODOLOGIA

Este estudo teve como objectivos descrever os recursos de coping e identificar relações entre factores psicossociais e recursos de coping apresentados pelos enfermeiros.

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo integrado no paradigma de investigação quantitativa.

### *Participantes*

A população alvo são Enfermeiros/Alunos de Cursos de Pós-Licenciatura. A amostra é constituída por todos os enfermeiros (N=151) que aceitaram participar no estudo.

### *Instrumentos*

Utilizamos um questionário para caracterização psicossocial e o Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP), Versão do Brief Personal Survey (BPS) de Major e Webb (1988) traduzida para a língua portuguesa por McIntyre, McIntyre e Silvério (1995). Este, avalia os recursos de coping nos domínios: recursos espirituais/existenciais, coping e o suporte social. Permite, também a avaliação de respostas de stress e índices críticos. É um instrumento de auto-relato, constituído por 99 itens.

Foram solicitadas formalmente as autorizações para a realização do estudo (autorização aos autores do instrumento de recolha de dados, à instituição e o consentimento informado dos participantes).

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos resultados obtidos salientamos que numa amostra de 151 enfermeiros 84,8% eram do sexo feminino, com uma idade média de 33,1 anos (DP= 5,659) e tempo médio de serviço na profissão de 10, 4 (DP=5,1), na instituição de 8,6 (DP=4,2) e no local de trabalho actual, de 6,6 (DP=3,7). Relativamente à categoria profissional 99 (65,6%) eram enfermeiros graduados e 52 (34,4%) enfermeiro. Integravam o quadro de pessoal 110 (73,3%) e estavam em regime de contrato 40 (26,7%) enfermeiros.

O “suporte social” e os “recursos espirituais/existenciais” foram os recursos de coping mais utilizadas pelos enfermeiros (M= 84,1; DP= 23,1) e (M= 76,8, DP= 25,0), respectivamente. A sub-escala coping foi a que apresentou menor média (M= 66,7, DP= 24,8).

Através da análise de variância de médias encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas de recursos de coping e algumas variáveis psicossociais: os enfermeiros com menos idade apresentam maior percepção de suporte social ( $M=90,0$ ;  $DP=16,4$ ) do que os enfermeiros com mais idade ( $M=79,3$ ;  $DP=26,61$ ),  $t(138,775)=3,003$ ;  $p<0,003$ ; relativamente à categoria profissional os enfermeiros apresentam maior percepção de suporte social ( $M=91,6$ ;  $DP=15,8$ ), do que os enfermeiros graduados ( $M=80,3$ ;  $DP=25,4$ );  $t(148)=2,879$ ;  $p<0,005$ .

No que se refere à natureza do vínculo os enfermeiros com contrato apresentam maior percepção de suporte social ( $M=90,8$ ;  $DP=17,3$ ), do que os enfermeiros que pertencem ao quadro ( $M=81,7$ ;  $DP=24,6$ );  $t(147)=-2,168$ ;  $p<0,032$ . Por último os resultados evidenciaram que os enfermeiros com menor tempo de serviço na instituição (1- 7 anos) são os que têm maior recurso ao Suporte Social ( $M=91,25$ ;  $DP=17,37$ ) do que os que detêm tempo de serviço igual ou superior a 8 anos ( $M=78,6$ ;  $DP=25,7$ );  $t(134,328)=3,442$ ;  $p<0,001$ .

Em síntese, enfermeiros com menos idade, detentores da categoria profissional de enfermeiro, contratados e com menor tempo de serviço na instituição evidenciam maior percepção de suporte social do que: os que têm mais idade, graduados, com vínculo definitivo e com maior tempo de serviço na instituição.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados demonstraram maior recurso ao Suporte Social, seguido do Espírito Filosófico (Recursos Espirituais/Existenciais) e do Coping pelos enfermeiros.

Num estudo desenvolvido com uma amostra de enfermeiros ( $n=62$ ) os recursos mais utilizados e por ordem decrescente foram: os Recursos Espirituais/Existenciais, o Coping e o Suporte Social (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999).

Loureiro (2006) identificou a prevalência do Suporte Social, seguido do Espírito Filosófico (Recursos Espirituais/Existenciais) e do Coping, numa amostra de estudantes de medicina.

Borges (2006, 2009a, 2009b) identificou como recursos de coping utilizados por enfermeiros a exercer actividade num hospital pediátrico ( $n=78$ ), numa consulta externa ( $n=20$ ) e num serviço de doenças infecciosas ( $n=34$ ) o Espírito Filosófico (Recursos Espirituais/Existenciais) e o Coping.

Das subescalas de recursos de coping, a prevalência do Suporte Social está de acordo com a literatura consultada. Para Ramos (2001) percepções positivas de suporte social e boas relações interpessoais caracterizam o Suporte social como um poderoso recurso na gestão do stress. Saroson, Levine, Basham e Saroson (1983) referem que o suporte social promove protecção contra as consequências do stress.

## CONCLUSÕES

Os recursos de coping utilizados pelos enfermeiros são diversos e são influenciados por variáveis psicossociais como a idade, a categoria profissional, a natureza do vínculo e o tempo de serviço na instituição. Neste sentido a implementação de programas de gestão do stress laboral, capacita os enfermeiros para a melhoria do coping em situações de stress relacionado com o trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA EUROPEIA PARA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO - *Inquérito Europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes*, 2010 [Em linha]. [Consult. Fev. 2010]. Disponível em [http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt\\_esener1-summary.pdf](http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt_esener1-summary.pdf)
- BORGES, Elizabete. - O Sofrimento dos enfermeiros em pediatria. In P. Marques, J. C. Carvalho, P. Sousa, E. Borges, & S. Cruz (Eds.), *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João, 2006, p. 248-340.
- BORGES, Elizabete - Enfermeiros e stress ocupacional: Em contexto de consulta externa. In C. Sequeira, C. Santos, E. Borges, M. Abreu & M. R. Sousa Vida (Eds.), *Saúde e Qualidade de Vida: O Estado da Arte*. Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009a, p. 203-207.
- BORGES, Elizabete - Enfermeiros e stress ocupacional: Em contexto de doenças infecciosas. In C. Sequeira, C. Santos, E. Borges, M. Abreu & M. R. Sousa (Eds.), *Saúde e qualidade de vida: O estado da arte*. Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009b, p. 209-213
- EINARSEN, S.; HOEL, H.; ZAPF, D.; COOPER, C. L. - *Bullying and harassment in the workplace: developments in theory, research, and practice*. New York: Taylor & Francis, 2011.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *ICN on Occupational Stress and the threat to worker health*, 2007 [Em linha]. [Consult. Set. 2008]. Disponível em [http://www.icn.ch/matters\\_stress.htm](http://www.icn.ch/matters_stress.htm)
- GOMES, A. R. ; CRUZ, J. F.; CABANELAS, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 3, nº 25 (Jul-Set, 2009), p. 307-318.
- LOUREIRO, Elizabete. M. F. - *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina*. Tese de Mestrado, 2006.
- MCINTYRE, T. M. ; MCINTYRE, S. E. ; SILVÉRIO, J. - Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*. Vol. 17, nº 3 (Set1999a), p. 513-525.
- RAMOS, Marco. - *Desfiar o Desafio: Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH, 2001.
- SARASON, I. G., LEVINE, H. M., BASHAM, R. B. & SARASON, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 44, nº 1 (1983), p. 127-139.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Healthy workplaces a model for action: For employers, workers, policy-makers and practitioners*, 2010 [Em linha]. [Consult. Fev. 2010]. Disponível em [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/healthy\\_workplaces\\_model.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model.pdf)

# LIMITAÇÕES DA QUALIDADE DE VIDA NA EPILEPSIA

## MITO OU REALIDADE?

Tavares, D. \*  
Tomé, D.\*\*

---

\* Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto - Instituto Politécnico do Porto, Professora Adjunta e Coordenadora da Área Técnico-Científica de Neurofisiologia (ESTSP-IPP); doutoranda em Ciências Biomédicas (ICBAS); e-mail: dpt@estsp.ipp.pt / tavares.diana@gmail.com

\*\*Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto - Instituto Politécnico do Porto, Professor Assistente da Área Técnico-Científica de Audiologia (ESTSP-IPP); Laboratório de Neuropsicofisiologia (doutorando, FPCEUP); e-mail: dts@estsp.ipp.pt

## RESUMO

**Introdução:** a actividade anómala num número restrito de neurónios pode criar repercussões físicas e orgânicas, condicionando de modo marcante a vida dos indivíduos, sendo exemplo disso a Epilepsia. Os estudos actuais inserem-se numa ideologia de investigação, que visa o desenvolvimento de práticas e políticas, para melhor compreensão da patologia, aliada a uma melhoria das condições inerentes, objectivando-se a quantificação do seu impacto no indivíduo e sociedade, de forma a possibilitar uma melhoria da Qualidade de Vida. Contudo, esta caracteriza-se pelo seu carácter impreciso e vertente comparativa. Cada ser humano é único, sendo a variabilidade interpessoal condição identificativa da sociedade actual e dos seus agentes.

**Objectivos:** pretende-se analisar se a Epilepsia conduz a alterações individuais significativas e determinar até que ponto a doença interfere no desenvolvimento pessoal, com abrangência das esferas familiar, social e escolar e possíveis repercussões na Qualidade de Vida.

**Material e métodos:** pesquisa exaustiva nas bases de dados Pubmed e Biblioteca Nacional (incluindo teses de mestrado/doutoramento), para os termos 'quality of life' e/ou 'epilepsy' e/ou 'repercussion', nos idiomas português, inglês e espanhol, até ao ano de 2009. Em critérios de exclusão quanto a faixa etária, género ou tipo de Epilepsia.

**Resultados:** de um modo global, os principais factores condicionadores destes doentes e da sua vida diária prendem-se com o tipo e frequência das crises, possíveis efeitos secundários decorrentes da medicação anti-epiléptica, défices cognitivos/intelectuais, dinâmica relacional e estigma/exclusão social.

**Conclusão:** existem diversas situações que incutem uma classificação de "diferente" nas pessoas. A doença é uma dessas fontes de cunho, modificando os caminhos de vida e condicionando os objectivos major vivenciais – ser como os demais, como desejo ser e como os demais gostavam que eu fosse. Ainda hoje são visivelmente notórios os traços de estigmatização/exclusão social, que de certa forma a delimitam e restringem, negativa e pesarosamente.

**Palavras-chave:** Epilepsia; Qualidade de Vida; Estigma; Exclusão Social

## ABSTRACT

**Introduction:** a small number of neurons presenting an abnormal activity is enough to create organic and physical repercussions affecting remarkably the lives of individuals, as for example Epilepsy. Current studies are part of an ideology of research which aims to develop policies and practices to better understand the pathology, combined with an improvement of the inherent conditions that aim to quantify their impact on individuals and society in order to enable a better quality of life. However, this is characterized by its imprecise and comparative aspects. Every human being is unique, and the interpersonal variability is the identifiable condition of contemporary society and its agents.

**Objectives:** we aim to examine whether the epilepsy leads to significant individual changes and determine how the disease affects the personal development, with coverage of the familiar, social and school and possible repercussions on quality of life.

**Material and methods:** exhaustive research in the search engines PubMed and National Library, including Master's/PhD theses, for the words 'quality of life' and/or 'epilepsy' and/or 'repercussion' in Portuguese, English and Spanish, by the year 2009. No exclusion criteria regarding age, gender or type of epilepsy.

**Results:** in a general way, the main factors conditioning these patients and their daily lives relate to the type and frequency of seizures, possible side effects arising from the anti-seizure medication, cognitive/intellectual impairment, and relational dynamics of stigma and social exclusion.

**Conclusion:** there are several situations to instill a sort of "different" in people. The disease is a hallmark of these sources, changing the ways of life and existential conditioning the major existential objectives - to be like others, want to be like and how others would like me to be. Traces of stigma and social exclusion are still visible today, which in some way, limit and restrict negatively and sorrowfully.

**Keywords:** Epilepsy; Quality of Life; Stigma; Social Exclusion

## INTRODUÇÃO

A Epilepsia tem sofrido várias interpretações no decorrer das diversas épocas, desde a idealização de um fenómeno sobrenatural ou místico, passando pela bruxaria e possessão demoníaca ou associada a uma condição de nível inferior, charlatanismo, até ao ponto de já ter sido classificada como uma perturbação/doença psiquiátrica. As crises epilépticas correspondem a um grupo de manifestações clínicas (sinais e sintomas), que derivam de uma actividade excessiva, síncrona e anómala dos neurónios, que se localizam predominantemente no córtice cerebral. Esta actividade anómala e paroxística é habitualmente intermitente e auto-limitada (Engel, 2001).

A patologia em questão apresenta-se como uma das doenças neurológicas crónicas mais frequentes. O levantamento epidemiológico e estatístico relativo a esta doença revela, principalmente no nosso país, dados díspares e escassos<sup>1</sup>. O estudo epidemiológico, realizado pelo investigador Lopes Lima, relativamente às Epilepsias e síndromes epilépticas no Norte de Portugal, restrito ao ano de 1998, constatou uma frequência mais elevada nos primeiros anos e décadas de vida, não se manifestando uma diferença significativa em termos de género. Este estudo divulga uma incidência bruta de 26.0/100 000 habitantes e uma prevalência bruta de 4.4/1000 habitantes (sendo o valor do género masculino de 5.1/1000 e do género feminino de 3.8/1000 habitantes).

Na última década, constatou-se uma preocupação e vulgarização crescente do termo "Qualidade de Vida", nomeadamente em pacientes com Epilepsia.

Vários autores consideram a existência de dois tipos de Qualidade de Vida, a privada (que diz respeito ao indivíduo em si) e a pública (conceito mais extenso), que se reporta às áreas ambiental e cultural, ou seja, à sociedade (Megone, 1990). Na verdade, a expressão Qualidade de Vida caracteriza-se não só pelo seu carácter impreciso, mas também pela sua vertente comparativa, comparação não só da nossa vida com a dos demais indivíduos, mas igualmente comparação entre os nossos desejos, ambições com aquilo que efectivamente possuímos.

<sup>1</sup> Na Nova Escócia (Canadá), de 1977 a 1985, o investigador Camfield, procedeu ao levantamento da incidência da epilepsia até aos dezasseis anos de idade, concluindo que esta apresentava um valor de 41/100 000 habitantes/ano.

É irrefutável que a saúde constitui uma das áreas de maior relevância e impacto, em termos de qualidade de vida e bem-estar. Importa referir que o conceito de saúde se remete para uma dimensão futura, que pode, em certa medida, condicionar a maneira de estar no presente. Este facto é particularmente visível nos doentes epiléticos, que muitas vezes demonstram uma grande ansiedade relativamente à possibilidade de virem a desenvolver novas crises. Deste modo, denota-se que cada indivíduo tem o seu próprio conceito de saúde, inferindo-se que a Qualidade de Vida associada à saúde será tão subjectiva e mutável como nas demais áreas<sup>2</sup>.

A autora Ann Bowling (1995), define a Qualidade de Vida relacionada com a saúde, como o nível ideal das funções mentais, físicas, sociais e dos papéis, incluindo os relacionamentos e as percepções de saúde, de adaptação, de satisfação de vida e de bem-estar. Esta deve ainda considerar algumas componentes, que se prendem com o nível de satisfação do doente com o tratamento, com os resultados e o estado de saúde, bem como as perspectivas futuras. Considera que este conceito incorpora tantos aspectos positivos como negativos, que é pessoal, dinâmico e multidimensional.

Os primeiros instrumentos de medição na área da Qualidade de Vida relacionada com a saúde foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América e no Reino Unido e pretendiam sobretudo determinar o impacto da doença e as funções físicas nesta dimensão, bem como a satisfação com a vida. A característica comum destas medições prende-se com a intenção de reflectir o impacto das doenças e das intervenções ao nível da saúde, sobre a vida quotidiana dos doentes, tendo em conta a perspectiva e os interesses dos mesmos.

Isto suscita-nos questões como – de que nível de qualidade de vida podem os doentes epiléticos efectivamente usufruir? O rótulo social de “pessoa doente”, ou melhor, “pessoa epilética” condiciona o seu bem-estar?

Com o presente estudo pretende-se analisar se a Epilepsia conduz a alterações individuais significativas e determinar até que ponto a doença interfere no desenvolvimento pessoal, com abrangência das esferas familiar, social e escolar e possíveis repercussões na Qualidade de Vida.

## MATERIAL & MÉTODOS

Pesquisa exaustiva nas bases de dados Pubmed e Biblioteca Nacional (incluindo teses de mestrado/doutoramento), para as palavras ‘quality of life’ e/ou ‘epilepsy’ e/ou ‘repercussion’, nos idiomas português, inglês e espanhol, até ao ano de 2009. Ausência de critérios de exclusão quanto a faixa etária, género ou tipo de Epilepsia/Síndrome Epilético.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

As pessoas com Epilepsia, tal como os demais indivíduos, também possuem as suas próprias aspirações, desejos, expectativas e concepções de uma vida boa e de um pleno bem-estar. Contudo, a sua Qualidade de Vida pode

---

<sup>2</sup> A Qualidade de Vida de uma pessoa aparentemente saudável é diferente da de um indivíduo incapacitado, muitas vezes com dependência para determinadas actividades da vida diária.

efectivamente ser condicionada pela patologia que apresentam, dado que em alguns casos esta poderá originar determinadas limitações funcionais que, por seu turno, poderão ou não conduzir a incapacidades.

Os três domínios maiores que parecem contribuir efectivamente para a Qualidade de Vida dos doentes epilépticos são: o físico (ocorrência de crises, medicação e episódios de hospitalização), o social (estigmatização, dinâmica familiar, dificuldades laborais, restrições legais) e psicológico (défices cognitivos, declínio intelectual e manifestações psiquiátricas), (Kendrick, 1994). Na prática, a maioria dos instrumentos de medição não abrange todas as dimensões enumeradas. Além de que é muito importante ter presente, que nos reportamos a uma doença com possíveis implicações em termos de Qualidade de Vida caracteristicamente distintas. Quando se analisa a Qualidade de Vida dos doentes epilépticos e apesar de não existir nenhum instrumento directamente aplicável e validado para Portugal, mas somente itens constitutivos de outras escalas, não se deve minorar em situação alguma, as áreas da auto-estima, do auto-conceito, do estigma e da satisfação pessoal (Bowling, 1995).

Um dos factores que se destaca é a presença/ausência e frequência de crises epilépticas, visto que a ansiedade e o medo de surgimento de uma nova crise podem ser constantes. Verifica-se a existência de um receio associado à possibilidade das crises afectarem, de modo adverso, as capacidades da pessoa a nível da educação, do trabalho, da família, dos relacionamentos sociais ou mesmo do simples acto de condução de veículos (Fisher, 2000)<sup>3</sup>. No mesmo estudo, Fisher constatou que as pessoas invocaram o medo e a incerteza, como os piores aspectos inerentes à vivência desta patologia. Por seu turno, Baker e colegas tentaram estabelecer uma relação entre a frequência das crises, o tipo de crises e a Qualidade de Vida, em três países europeus, tendo recorrido ao Functional Status Questionnaire (FSQ)<sup>4</sup>, os resultados obtidos demonstraram que as pessoas sem crises apresentam uma Qualidade de Vida superior e que quanto maior for a gravidade das crises menor será essa Qualidade de Vida, os efeitos das mesmas repercutem-se no bem-estar físico, social e psicológico, conduzindo muitas vezes a uma vida mais restritiva (Baker et al., 1998).

Existe um particular destaque para as crises de acontecimento diurno, em que existe uma maior exposição à observação e apreciação de terceiros. Estes eventos podem, de facto, imprimir graves efeitos a nível da esfera laboral (como acontece em alguns trabalhos com manipulação de maquinaria perigosa), social (em actividades lúdico-desportivas como a natação) e na condução de veículos (com provável ocorrência de acidentes de viação).

Como o controlo das crises se apresenta como condição sine qua non, torna-se muitas vezes indispensável a administração de drogas anti-epilépticas visando tal fim. Quando estas são aplicadas de forma adequada e o esquema terapêutico é devidamente cumprido, a probabilidade de sucesso é elevada<sup>5</sup>. No entanto, estes fármacos apresentam com alguma frequência efeitos adversos ou secundários. Por exemplo, no estudo de Mills (1997), 56% dos doentes referiram a sedação e a afectação das capacidades cognitivas como efeitos adversos da medicação, bem como reacções alérgicas e aumento de peso. Sendo factores capazes de afectar diferentes funções e papéis individuais, assim como relações interpessoais e o próprio auto-conceito.

---

<sup>3</sup> 12% dos doentes da amostra referiram o facto de já terem tido um acidente de automóvel, devido à ocorrência de uma crise enquanto conduziam.

<sup>4</sup> A amostra era formada por trezentos doentes da França, Alemanha e Reino Unido, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos e com diagnóstico de crises parciais simples ou complexas, com ou sem generalização secundária. O questionário aplicado cobriu as áreas física, psicológica, social e do desempenho de papéis.

<sup>5</sup> Excluem-se aqueles casos de Epilepsia mais graves, geralmente associados a outras alterações motoras e cerebrais e fármaco-resistentes.

Em Portugal os estudos efectuados nesta área são mínimos, mas nem por isso deixam de fornecer dados interessantes sobre o impacto da Epilepsia na Qualidade de Vida dos doentes. Uma investigação levada a cabo entre os anos de 1992 e 1994, na região norte do país, em 92 doentes com idades entre os 15 e os 65 anos, teve como objectivos primordiais o desenvolvimento de uma medição de Qualidade de Vida para a população portuguesa, a descrição dessa Qualidade de Vida e a sua análise em termos de afectação pela Epilepsia, bem como por outras variáveis do doente em si. Os resultados obtidos revelaram que a Qualidade de Vida era menor nas pessoas com crises parciais, sendo as pontuações mais elevadas alcançadas pelos doentes sem crises (Ribeiro et al., 1998).

Na amostra de doentes analisada por Fisher, mais de metade referiu o medo, a raiva ou a depressão, como principais reacções aquando do diagnóstico da patologia. Tais comportamentos associam-se com frequência, à concepção das dificuldades suscitadas pela sociedade aos indivíduos portadores de doença crónica e, mais especificamente, a este grupo de doentes. Aliás, o estigma, a discriminação e a exclusão social, são ainda hoje sentidos com frequência pelas pessoas cunhadas de “epilépticas”. De tal forma, que 23.8% dos inquiridos mencionaram, espontaneamente, a ocorrência de estigma social, vergonha, solidão e medo das reacções das pessoas, actualmente defendido por Argyriou (2004). Também na investigação de Mills, os indivíduos afirmaram como um factor contributivo para a sua “não felicidade”, o sentimento de serem tratados como se fossem pessoas inferiores.

Os resultados obtidos apoiam, também, a ideia pré-existente de que esta doença tal como as demais patologias crónicas, se associa a percepções negativas e a uma ansiedade no contexto laboral. Daí que as atitudes dos colegas e dos empregadores sejam determinantes para o seu estatuto e bem-estar dentro da empresa.

As restrições em termos de condução de veículos, actualmente existentes, interferem em termos de independência e autonomia do indivíduo e, muitas vezes, ao nível do seu estatuto social, dado que actualmente se tornou prática comum a condução desses veículos, como modo de afirmação de uma vida com boa qualidade. Como Fisher concluiu, apesar dos avanços inegáveis, as pessoas com Epilepsia continuam a debater-se com o estigma social, com baixas taxas de casamento, altas taxas de desemprego, baixo rendimento familiar, considerável esforço com a educação e uma pobre auto-imagem.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Qualidade de Vida nos doentes epilépticos, tal como nas demais áreas, é multifactorial, sofrendo influências de diversas vertentes. De um modo global, os principais factores condicionadores destes doentes e da sua vida diária, prendem-se com o tipo e a frequência das crises, os possíveis efeitos decorrentes da medicação anti-epiléptica, os défices cognitivos e/ou intelectuais, a dinâmica relacional e o estigma ou exclusão social. Dos diferentes estudos efectuados em vários países, verifica-se uma alusão frequente a uma diminuição ou limitação, da Qualidade de Vida nestes doentes. Aliás, no estudo realizado por Fisher (2000), mais de um quarto dos indivíduos estudados referiram algum tipo de limitação na vida diária, havendo igual alusão no estudo de Miller (2003) – menor Qualidade de Vida no grupo de análise comparativamente com o grupo controlo.

Uma das principais características que se associam a um nível inferior de Qualidade de Vida parece ser a ocorrência, o tipo e a frequência de crises epiléticas. Na literatura há inclusive referência, a tal constituir uma das principais preocupações dos doentes epiléticos, sendo ocasionalmente tida como factor de infelicidade. No mesmo estudo de Fisher, o medo e a incerteza de possíveis crises foi considerado um dos aspectos mais negativos ligados a esta patologia. E que se complementam com as investigações de Baker (1998) e de Alanis-Guevara (2005), em que um aumento na gravidade das crises e o seu mau controlo, respectivamente, apresentaram-se como indicadores de uma Qualidade de Vida inferior.

## CONCLUSÕES

No processo moroso e particularizado de análise desta temática, constatou-se a existência de algumas divergências, não só no que concerne ao grau imputado de Qualidade de Vida atribuído, mas também aos seus factores, ou possíveis factores, influenciadores. O medo de exposição social acarreta receios e incertezas, condicionado sobretudo pela exibição como ser vulnerável ou “inferior”, pois sabe-se que o rótulo “doente” imputa muito para além das consequências fisiopatológicas da doença em si.

A Epilepsia ainda é tida como sendo uma doença grave, há que ter em consideração que a ocorrência de crises pode conduzir a um comportamento de absentismo, que acarreta consequências. Daí a necessidade de existência de um elevado grau de compreensão e entejuda por parte de terceiros, visto que, dentro de determinados limites, estas situações escapam ao controlo de quem as vivencia, não devendo assim ser penalizadas por tal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALANIS-GUEVARA, I. [et al.] – Sleep Disturbances, Socioeconomic Status, and Seizure Control as Main Predictors of Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. Vol. 7, n.º 3 (2005), p.481-485.

ARGYRIOU, A. - Psychosocial Effects and Evaluation of the Health-Related Quality of Life in Patients Suffering from Well-Controlled Epilepsy. *Journal Neurology*. N.º251 (2004), p.310-313.

BOWLING, A. - *Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press, 1995.

BAKER, G. [et al.] - The Relationship Between Seizure Frequency, Seizure Type and Quality of Life: Findings from Three European Countries. *Epilepsy Research*. Vol. 30, n.º 3 (1998), p.231-240.

ENGEL, J. - Classification of epileptic disorders. *Epilepsia*. N.º 42 (2001), p.316.

FISHER, R. [et al.] - The Impact of Epilepsy from the Patient's Perspective I. Descriptions and Subjective Perceptions. *Epilepsy Research*. Vol. 41, n.º 1 (2000), p.49.

FISHER, R. [et al.] - Epileptic Seizures and Epilepsy: definitions proposed by International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. Vol. 46, n.º 4 (2005), p.470-472.

- JACOBY, A. [et al.] – Employer’s Attitudes to Employment of People with Epilepsy: still the same old story? *Epilepsia*. Vol. 46, n.º 12 (2005), p.1978-1987.
- KENDRICK, A.; MICHAEL, R. - Repertory Grid in the Assessment of Quality of Life in Patients With Epilepsy: The Quality of Life Assessment Schedule. In MICHAEL, R.; DODSON, W., coord. - *Epilepsy and Quality of Life*. New York: Raven Press, 1994. p.151-163.
- LEPLEGE, A. – *Les Mesures de la Qualité de Vie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1999.
- LIMA, J. - *Levantamento Epidemiológico das Epilepsias e dos Síndromos Epilépticos no Norte de Portugal*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS). Porto, 1998. p.46-47.
- MEGONE, C. - The Quality of Life – Starting from Aristotle. In BALDWIN, S.; GODFREY, C.; POPPER, C., coord - *Quality of Life – Perspectives and Policies*. London: Routledge, 1990. p.28-30.
- MILLER, V. [et al.] – Quality of Life in Pediatric Epilepsy: demographic and disease-related predictors and comparison with healthy controls. *Epilepsy & Behaviour*. Vol. 4, n.º 1 (2003), p.36-42.
- MILLS, N. [et al.] – Patient’s Experience of Epilepsy and Health Care. *Family Practice*. Vol. 14, n.º 2 (1997), p.117-123.
- RIBEIRO, J. [et al.] - Impact of Epilepsy on QOL in a Portuguese Population: Exploratory Study. *Acta Neurologica Scandinavica*. N.º 97 (1998), p.287-294.

## SER PAI E MÃE DEPOIS DOS 30 ANOS

### MOTIVAÇÕES PARENTAIS

Carvalho, J.\*  
Caetano, A.B.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Docente; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Mestre em Ciências da Educação, área de Especialização em Educação e Desenvolvimento Social pela Universidade de Coimbra, doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; e-mail: [juliacarvalho@esenfc.pt](mailto:juliacarvalho@esenfc.pt).

\*\* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Docente; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Mestre em Psicologia, área de Especialização em Psicologia Pedagógica pela Universidade de Coimbra, doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; e-mail: [ana@esenfc.pt](mailto:ana@esenfc.pt).

## RESUMO

Ao longo do último século a nossa sociedade tem sofrido remodelações importantes de carácter sociocultural que modificaram o comportamento reprodutivo do casal, passando este a adiar o projecto da maternidade/paternidade para uma fase mais tardia das suas vidas, com consequentes transformações ao nível familiar e social.

Face a este fenómeno desenvolvemos um estudo quantitativo, junto de casais que pela primeira vez estavam a viver o papel de mãe e pai, de modo a conhecer as suas principais dificuldades durante a transição e adaptação a esta nova tarefa. Como indicador de adaptação parental utilizámos o Índice de Stresse Parental (ISP) – Domínio dos pais, versão portuguesa para 1 mês – 3 anos. Nesta investigação foram inquiridos 358 indivíduos, dos quais 185 (51,68%) eram mães e 173 (48,32%) eram pais, recrutados na Maternidade de Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., no período entre Setembro de 2008 a Fevereiro de 2009.

Com este estudo pretendemos - Conhecer o nível de stresse parental descrito pela(o) mãe/pai cuja maternidade/paternidade decorreu aos trinta ou mais anos de idade, bem como os principais factores que motivaram o adiamento da maternidade/paternidade.

**Palavras Chave:** Parentalidade; stresse parental; adiamento da maternidade

## ABSTRACT

Over the last century, our society has undergone major socio-cultural renovations that have changed the couple's reproductive behavior, postponing the project of motherhood/fatherhood to a later stage of their lives, with consequent changes in family and social levels.

In view of this phenomenon, we developed a quantitative study with couples who were experiencing the role of parents for the first time so as to understand their main difficulties during the transition and adjustment to this new task. As an indicator of parenting adaptation, we used the Parenting Stress Index (PSI) – Parent Domain, the Portuguese version for 1 month - 3 years. In this research, 358 individuals were surveyed, of which 185 (51.68%) were mothers and 173 (48.32%) were fathers. They were recruited in the Maternity Bissaya Barreto of the Hospital Centre of Coimbra, between September 2008 and February 2009. This study aimed to: understand the level of parenting stress described by parents who became mothers/fathers at age 30 or older, as well as analyze the main factors that contributed to delayed parenthood.

**Keywords:** Parenthood; parenting stress; delayed motherhood

## INTRODUÇÃO

O adiamento da maternidade/paternidade para idades mais avançadas encontra-se directamente relacionado com o processo de mudança dos padrões familiares, que vêm ocorrendo no mundo em todas as esferas da vida

quotidiana. Nas últimas décadas foram observadas importantes mudanças socioculturais que influenciaram o comportamento reprodutivo dos casais que passaram a prorrogar a maternidade/paternidade para uma fase mais tardia de suas vidas.

Actualmente têm sido vários os factores a contribuir para esta atitude. Entre esses factores encontram-se o desejo de atingir um nível educacional e competências profissionais mais elevadas (relacionadas com a promoção na carreira profissional), o desejo de conquistar estabilidade e independência financeira, a ampla disponibilidade de métodos contraceptivos que oferece aos casais largas opções em termos de planeamento familiar, a postergação do matrimónio e estabilização da relação conjugal e os progressos da medicina e da genética que têm diminuído os riscos da maternidade tardia, e simultaneamente aumentado as possibilidades de concepção (Tarin, Brines & Cano, 1999, cit. in Gomes, Donelli, Piccinini & Lopes, 2008).

## METODOLOGIA

O estudo em causa é um estudo de investigação quantitativa, com desenho transversal, de nível II, do tipo descritivo-correlacional, com o qual se pretendeu explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações.

O desenho da investigação pretendeu incidir sobre a complexidade do processo de adaptação na transição para a maternidade e paternidade, após o nascimento do primeiro filho numa perspectiva de stresse parental.

### *Participantes*

A população que esteve na base do presente estudo foi constituída por pais que experienciaram pela primeira vez o nascimento de um filho, em virtude deste ser um acontecimento marcante na vida dos indivíduos e, naturalmente, no seu processo de desenvolvimento e adaptação ao seu novo papel: o de pais.

### *Instrumentos*

Considerámos que o melhor processo de colheita de dados para o nosso estudo seria através de um questionário, uma vez que é auto-preenchido.

O questionário utilizado encontrava-se dividido em duas partes. Uma primeira parte onde constavam questões que nos permitiram recolher informação social e demográfica de ambos os pais, informação relativa ao contexto da gravidez, informação relativa ao trabalho de parto e parto e para finalizar, informação relativa ao bebé.

A segunda parte visa determinar o nível de stresse parental manifestado pelos pais após o nascimento do seu primeiro filho. Com esse objectivo utilizámos o Índice de Stress Parental (ISP) – Domínio dos pais. O Índice de Stress Parental (ISP) utilizado foi a versão portuguesa (Santos, 1997) para 1 mês – 3 anos do Parenting Stress Index (PSI), da autoria do professor Richard Abidin.

## Procedimentos

O processo de selecção da amostra foi efectuado tendo por base a técnica de amostragem não probabilística, por selecção acidental. O recrutamento dos sujeitos foi efectuado na Maternidade de Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., no período entre Setembro de 2008 a Fevereiro de 2009.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

A amostra do nosso estudo ficou constituída por 358 indivíduos, sendo 185 mães (51,68%) e 173 pais (48,32%).

Em relação à idade, verificamos que a média do total da amostra é de 31,61 anos (idade mínima: 19; idade máxima: 47) com um desvio-padrão de 4,74 anos.

Verificamos que é no grupo etário dos 30 aos 34 anos que encontramos mais pais (43,85% do total da amostra), situação que também se verifica se considerarmos a distribuição por género (41,62% e 46,24% para as mães e para os pais, respectivamente).

Relativamente á questão fulcral do adiamento da parentalidade por parte dos casais, verificamos que 67,88% de ambos os pais têm 30 ou mais anos. Destes e considerando o género, são os pais (figura paterna) a apresentarem valores mais elevados, 78,03% contra 58,38% das mães com 30 ou mais anos (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição das mães, dos pais e do total da amostra, segundo a maternidade/paternidade antes ou após os 30 anos de idade

	Mães n (%)	Pais n (%)	Total n (%)
Idade	185 (51,68)	173 (48,32)	358 (100)
Até aos 30 anos	77 (41,62)	38 (21,97)	115 (32,12)
30 anos ou superior	108 (58,38)	135 (78,03)	243 (67,88)

Relativamente à idade agrupámos ambos os pais em dois grupos (pais com idade inferior a 30 anos e pais com idade igual ou superior a 30 anos), e verificámos que as diferenças encontradas entre estes dois grupos não foram estatisticamente significativas para o ISP – Domínio dos pais. No entanto fazendo a mesma análise por subescalas observamos existir diferença estatisticamente significativa para a subescala L – Depressão ( $p = 0,009$ ) permitindo-nos afirmar que os pais com menos de 30 anos descreveram maior depressão ( $M = 19,94$ ) do que os com 30 ou mais anos ( $M = 18,16$ ).

Quanto aos motivos/factores referenciados para a maternidade/paternidade tardia por ambos os pais (cf. Quadro 2), a estabilização da relação afectiva/conjugal foi referida por 43,62% do total de pais, logo seguida dos motivos relacionados com as prioridades profissionais (33,74%).

É interessante verificar a existência de um padrão diferente da distribuição ao considerarmos o género: enquanto o grupo dos pais (figura paterna) segue a tendência do grupo total (com 52,59% para o factor relacionado com a estabilização da relação afectiva/conjugal e 24,44% para os motivos/prioridades profissionais), o grupo das mães apresenta uma tendência inversa para os mesmos factores (45,37% para os motivos/prioridades profissionais e 32,41% para o factor relacionado com a estabilização da relação afectiva/conjugal).

De acordo com estes resultados enquanto para as mães os motivos/prioridades profissionais surgem em primeiro lugar, para os pais são os motivos de ordem afectiva/conjugal. Em ambos os casos os motivos económicos e financeiros ocupam a terceira posição (13,89% e 16,30%, para as mães e pais, respectivamente) e por fim as dificuldades em engravidar/manter a gravidez (8,33% e 6,67%, para as mães e pais, respectivamente).

#### Quadro 2 – Distribuição das mães, dos pais e do total da amostra, com 30 ou mais anos, segundo os motivos/factores apresentados para a maternidade/paternidade tardia.

Motivos / factores	Mães n (%)	Pais n (%)	Total n (%)
	108 (44,44)	135 (55,56)	243 (100)
- Motivos/prioridades profissionais	49 (45,37)	33 (24,44)	82 (33,74)
- Motivos económicos e financeiros	15 (13,89)	22 (16,30)	37 (15,23)
- Estabilização da relação afectiva/conjugal	35 (32,41)	71 (52,59)	106 (43,62)
- Dificuldades em engravidar e manter a viabilidade da mesma	9 (8,33)	9 (6,67)	18 (7,41)

Face a estes resultados a questão que nos surgiu foi: nos pais com 30 ou mais anos existem diferenças em função do nível socioeconómico (variável ordinal) relativamente aos motivos/factores apresentados para a maternidade/paternidade tardia.

Os resultados demonstram que para ambos os pais e também para o grupo das mães e dos pais isoladamente, existem diferenças estatisticamente significativas, com valores de  $p = 0,000$ ,  $p = 0,017$  e  $p = 0,013$ , respectivamente. A análise das frequências das respostas obtidas pelas mães e pais separadamente permite-nos afirmar que:

- Para as mães pertencentes aos níveis médio e elevado, os motivos profissionais ocupam a primeira posição em número de respostas, enquanto nas de nível baixo, essa mesma posição é ocupada pelos motivos económicos. Segue-se a estabilização da relação afectiva/conjugal para as dos níveis médio e elevado, enquanto para as de nível baixo a estabilização da relação afectiva/conjugal e as dificuldades em engravidar surgem com o mesmo valor;
- Para os pais (figura paterna), a estabilização da relação afectiva/conjugal é o motivo que apresenta mais respostas em todos os níveis socioeconómicos. Porém o motivo que ocupa a segunda posição é diferente conforme o nível socioeconómico: nos dos níveis médio e elevado são os motivos profissionais, enquanto nos de nível baixo são os motivos económicos e financeiros.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A decisão de ter um filho é cada vez mais tardia e planeada, após alguma estabilidade profissional, económica e emocional. Efectivamente, a nossa amostra confirma a tendência das sociedades ocidentais para uma maternidade cada vez mais tardia. A média de idades das mães foi de 30,35 anos e a dos pais foi de 32,96 anos, com 58,38% das primeiras com 30 ou mais anos e 78,03% dos pais nesse mesmo grupo.

Quanto aos motivos apresentados para a maternidade/paternidade tardia, os resultados obtidos revelaram-nos algumas pistas interessantes. De facto, se o primeiro motivo para as mulheres é de ordem profissional, seguido depois pelos emocionais, nos homens da nossa amostra são os emocionais que ocupam a primeira posição, só depois seguidos pelos profissionais. Parece assim espelhar-se aqui a mudança de papéis da mulher ocorrida nas últimas décadas, com a profissão a assumir um papel central nas suas vidas, especificamente no momento em que decidem ser mães.

Adicionalmente, quando fizemos esta mesma análise mas tendo em conta os níveis socioeconómicos a que pertencem as mães e pais da nossa amostra, os resultados mostraram que existem diferenças nesta escala de motivos em função desse nível. Se para os pais (figura paterna) a estabilidade afectiva/conjugal é o motivo que apresenta mais respostas em todos os níveis socioeconómicos, para as mães os motivos profissionais ocupam a primeira posição para as dos níveis médio e elevado, sendo essa mesma posição ocupada pelos motivos económicos e financeiros nas de nível baixo. Estes resultados reforçam a noção de parentalidade como um fenómeno sociohistórico cultural que pode ser compreendido dentro dos contextos em que acontece. Poderíamos quase afirmar que as medidas de apoio à maternidade/paternidade baseadas em critérios financeiros só terão probabilidade de ser eficazes com mães de nível socioeconómico baixo.

## CONCLUSÕES

A parentalidade é uma realidade que deve ser vivida de forma positiva e cooperante pelo casal. Aprender a ser pai ou mãe acontece na relação do dia-a-dia com o filho nas experiências vividas e emoções experimentadas. É na dinâmica dos elementos da família que os momentos felizes são criados e os sorrisos partilhados.

Relativamente aos motivos/factores determinantes do adiamento da parentalidade, neste estudo emergiu que os motivos que levam a que o projecto da gravidez surja em mães com idade igual ou superior a 30 anos não seja um fenómeno homogéneo tendo em conta os diferentes níveis socioeconómicos. Estes motivos são diferentes para as mulheres do nível baixo quando comparadas com as dos níveis médio e elevado. As políticas de apoio à maternidade não podem ser, de acordo com este resultado, uniformes, mas específicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABIDIN, R. - *Parenting Stress Index – Manual* (3rd ed.). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press, 1990.
- ABIDIN, R. - *Índice de Stress Parental (PSI): Parenting Stress Index. Manual.* (1ª Ed.) (Adaptação portuguesa de S. Santos). Lisboa: Cegoc-Team, 2004.
- ALMEIDA, A., VILAR, D., ANDRÉ, I. & LALANDA, P. - *Fecundação e contraceção: Percursos da vida reprodutiva das mulheres portuguesas.* Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais. Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2004, p. 385.
- ANDRADE, M. - Custos e benefícios da maternidade adiada. *Referência*, 2 (Mar 1999), pp. 5-12.
- ANDRADE, P., LINHARES, J., MARTINELLI, S., ANTONIONI, M., LIPPI, U. & BARACAT, F. - Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: Estudo controlado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Vol. 26, n.º 9 (2004), p.697-701.
- ANTUNES, A., MALHEIRO, E., GUERRA, N. & MARTINS, V. - Gravidez após os 40 anos análise dos resultados obstétricos. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. Vol. 26, n.º11. (Dez 2003). 557- 567.
- AZEVEDO, G., FREITAS JÚNIOR, R., FREITAS, A., ARAÚJO, A., SOARES, E. & MARANHÃO, T. - Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Vol. 24, n.º3 (2002), p. 181-185.
- CECATTI, J., FAÚNDES, A., SURITA, F. & AQUINO, M. - O impacto da idade materna avançada sobre os resultados da gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia. Obstetrícia*, Vol. 20, n.º 7 (1998), p. 389-394.
- GOMES, A., DONELLI, T.,PICCININI, C. & LOPES, R. - Maternidade em idade avançada: Aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, Vol. 12, n.º 1 (2008), p. 99-106.
- MENDES, I. - Lived experience of first-time fathers to the postpartum period. In Instituto Salud Carlos III - Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Ed.) Libro de ponencias/Conference Book - *Eliminando las barreras del conocimiento* (1ª Ed., pp. 81-83), Madrid: Instituto Salud Carlos III, 2008.
- REECE, S. - Stress and maternal adaptation in first-time mothers more than 35 years old. *Applied Nursing Research*, Vol. 8, n.º 2 (1995), p. 61-66.
- RELVAS, A. & LOURENÇO, M. - Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspectiva sistémica. In M.C. Canavarro (Coord) *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto, 2001.
- SANTOS, S. - Versão portuguesa do Parenting Stress Index (PSI): Validação preliminar. In M. Gonçalves, I. RIBEIRO, S. ARAÚJO, C. MACHADO, L. ALMEIDA, & M. SIMÕES (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Vol. 5, pp. 139-149). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses, 1997.
- SCHWARZ, M. - *Reflecting on the trend: Pregnancy after age 35*. Ontário: Best Start: Ontário's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Center/Halton Region Health Department, 2007.
- SENELI, L., TRISTÃO, E., ANDRADE, P., KRAJDEN, M., JÚNIOR F. & NASCIMENTO, D. - Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, Vol. 26, n.º 6 (2004), 477-482.
- TEIXEIRA, E. - *Adiamento da maternidade: Ser mãe depois dos 35 anos*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil, 1999.
- TOUGH, S., TOFFLEMIRE, K., BENZIES, K., FRASER-LEE, N. & NEWBURN-COOK, C. - Factors influencing childbearing decisions and knowledge of perinatal risks among canadian men and women. *Maternal Child Health Journal*, Vol 11 (Jan 2007), p.189-198.

## A SEPARAÇÃO PSICOLÓGICA PARENTAL EM JOVENS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Caetano, A.B.\*  
Carvalho, J.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Docente; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Mestre em Psicologia, área de Especialização em Psicologia Pedagógica, pela Universidade de Coimbra e doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; e-mail: ana@esenfc.pt

\*\* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Docente; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Mestre em Ciências da Educação, área de Especialização em Educação e Desenvolvimento Social pela Universidade de Coimbra e doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; e-mail: juliacarvalho@esenfc.pt

## RESUMO

A separação psicológica parental constitui uma das tarefas fundamentais da adolescência e corresponde à aquisição de uma maior independência em relação aos pais (Dias & Fontaine, 2001).

Neste trabalho pretende-se conhecer a separação psicológica das figuras parentais nos jovens nas diferentes independências (ideológica, conflitual, emocional e funcional), separadamente para o pai e para a mãe e a relação existente entre a separação psicológica das figuras parentais e algumas variáveis sócio-demográficas nomeadamente o género, a proveniência geográfica, o facto de ter ou não irmãos e o lugar ocupado na fratria.

Participaram 190 estudantes do 1º ano do curso de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Os dados referentes à separação psicológica das figuras parentais foram recolhidos através do Questionário “Psychological Separation Inventory” (1984), adaptado para a população universitária portuguesa por Almeida, Dias e Fontaine (1996).

Verificámos que as raparigas são mais independentes com a mãe a nível conflitual relativamente aos rapazes e menos independentes nas dimensões ideológica, emocional e funcional. Quanto ao pai e nas dimensões conflitual e ideológica, não se verificam diferenças entre os dois sexos, embora nas dimensões emocional e funcional constatámos que os rapazes são mais independentes que as raparigas. Quanto à proveniência dos jovens e a separação psicológica parental verificámos que os jovens provenientes de meio rural são mais independentes relativamente à dimensão conflitual que os de meio urbano, contrariamente ao que se constata na dimensão funcional em que os jovens de meio urbano são mais independentes que os de meio rural.

Os resultados mostram que a separação psicológica das figuras parentais nos estudantes de enfermagem está relacionada com o género e com a proveniência não se verificando relação entre a separação psicológica parental e o facto do adolescente ter ou não irmãos e o lugar ocupado por este na fratria.

**Palavras-chave:** Adolescência; Separação; Individualização.

## ABSTRACT

The psychological separation from parents is one of the main tasks in adolescence and corresponds to the acquisition of more independence from the parental figures (Dias & Fontaine, 2001).

This study aimed to understand young people's psychological separation from their parents in the different levels of independence (ideological, conflictual, emotional and functional) and for the father and mother separately, as well as the relationship between the psychological separation from parents and some social-demographic variables, such as gender, place of birth, existence of siblings and sibling position.

The sample was composed of 190 1st-year students from the undergraduate nursing course of the Nursing School of Coimbra. Data concerning the psychological separation from parents were collected using the “Psychological Separation Inventory” (1984), adapted to the Portuguese university population by Almeida, Dias and Fontaine (1996).

Results show that girls are more independent from their mothers than boys at a conflictual level and less independent in the ideological, emotional and functional dimensions. As for the father and in the conflictual and ideological dimensions, no gender differences were found, although boys are more independent than girls in the emotional and functional dimensions. As for young people's place of birth and psychological separation from parents, young people living in rural areas are more independent than those from urban areas in the conflictual dimension, whereas adolescents from urban areas are more independent than those from rural areas in the functional dimension.

Moreover, the results show that nursing students' psychological separation from parents is associated with gender and place of birth. However, no correlation was found between psychological separation and the existence of other siblings or their sibling position.

**Keywords:** Adolescence; Separation; Individualization.

## INTRODUÇÃO

A adolescência tem sido objecto de numerosos estudos. Em geral, esta etapa da vida é caracterizada por profundas mudanças bem como tarefas psicológicas complexas a realizar nos planos intelectual, emocional e social. Segundo Sampaio (1993, p. 231), “a adolescência é habitualmente conceptualizada como uma etapa do desenvolvimento, iniciada pelas transformações biológicas da puberdade e terminada pela formação de uma identidade e de um sistema de valores que prenunciam a entrada na idade adulta”. As mudanças fisiológicas, e também as psicológicas, produzem-se a ritmos diferentes, podendo existir diferentes níveis de desenvolvimento num grupo de adolescentes da mesma idade. Blos (1985), numa perspectiva intrapsíquica e acentuando o carácter desenvolvimental do processo adolescente, concebeu a adolescência como um segundo processo de individualização, tido como um processo de recapitulação da primeira infância.

É neste sentido que Fleming (1993) refere que a autonomia, a individualização e a formação da identidade são fenómenos intimamente ligados. A formação da identidade, para esta autora, é facilitada por uma maior autonomia, a qual é tanto maior quanto mais o processo de individualização estiver alcançado.

No final de ensino secundário, a maioria dos estudantes portugueses saem de casa para concretizar os seus objectivos vocacionais e de desenvolvimento. Esta saída proporciona-lhes a aquisição de uma certa independência que lhes permitirá explorar e decidir autonomamente por um leque de opções e corresponde também ao momento em que o adolescente avança no seu processo de individualização, com vista à consolidação da sua identidade.

Mesmo que não mude de residência, o novo ambiente académico vai proporcionar-lhe, a par das oportunidades de crescimento, desafios que deverá enfrentar e resolver adequadamente para se adaptar às exigências do novo contexto e prosseguir na conquista da sua autonomia.

Os anos de frequência no ensino superior são encarados como um período durante o qual os estudantes conquistam autonomia e adquirem uma certa independência das figuras parentais.

## METODOLOGIA

O estudo em causa é um estudo do tipo transversal, quantitativo, descritivo e correlacional. Pretendemos, avaliar a separação psicológica dos adolescentes relativamente às figuras parentais separadamente para o pai e para a mãe e relacioná-la com as variáveis sócio-demográficas o género, a proveniência, ter ou não irmãos, o lugar ocupado na fratria e a profissão dos pais.

Para analisar se existe relação entre a separação psicológica das figuras parentais e essas variáveis, formularam-se as cinco hipóteses seguintes:

- Existe diferença estatisticamente significativa entre a separação psicológica das figuras parentais segundo o género do adolescente;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre a proveniência regional do adolescente e a separação psicológica das figuras parentais;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre o adolescente ter ou não ter irmãos e a separação psicológica das figuras parentais;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre a separação psicológica das figuras parentais segundo o lugar que o adolescente ocupa na fratria;
- Existe diferença estatisticamente significativa entre a separação psicológica das figuras parentais segundo a profissão dos pais.

Os participantes são 190 estudantes do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no ano lectivo de 2007/2008. É uma amostra não probabilística do tipo accidental.

### Instrumento

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo é um questionário de auto-preenchimento. Na primeira parte contem dados sobre as variáveis sócio-demográficas, nomeadamente, a idade, o género, a proveniência, ter ou não irmãos, o lugar ocupado na fratria e a profissão dos pais. Na segunda parte do questionário, é utilizado o “Inventário da Separação Psicológica”, adaptado à população Portuguesa, por Almeida et al., (1996), composta por oitenta e oito itens, quarenta e quatro dos quais referentes ao pai e quarenta e quatro referentes à mãe.

O PSI compreende quatro escalas que teoricamente estão subjacentes ao conceito de separação psicológica: independência funcional, independência emocional, independência conflitual e independência ideológica.

A Independência funcional (IF) é a capacidade de tratar dos seus próprios assuntos sem a ajuda do pai ou da mãe.

A Independência ideológica (II) é a diferenciação nas atitudes, valores, crenças entre o adolescente e os pais.

A Independência emocional (IE) é a relativa liberdade em relação à necessidade excessiva de aprovação, proximidade e apoio emocional dos pais.

A Independência conflitual (IC) é a liberdade em relação a uma culpa excessiva, ansiedade, responsabilidade, inibição, ressentimento e raiva em relação ao pai e à mãe.

Esta variável é apresentada em questões de resposta fechada, com escala de concordância tipo Likert, de 1 a 4, em que 1 corresponde a “...concordo inteiramente...”, 2 corresponde a “...concordo...”, 3 corresponde a “...discordo...” e 4 corresponde a “...discordo inteiramente”). O valor 4 corresponde ao grau mais alto de independência e 1 ao mais baixo. Para cada escala os valores individuais são somados num único valor global que varia, entre um valor mínimo de 11 e um valor máximo de 44, sendo considerado o grau de independência tanto maior quanto maior o valor global.

## Procedimentos

Para a elaboração deste estudo foi solicitada autorização ao Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para podermos aplicar o instrumento de recolha de dados aos estudantes do 1º ano do Curso Superior de Enfermagem. Foi previamente fornecido, em anexo ao requerimento, um modelo do questionário, bem como dado a conhecer o tema do estudo e os objectivos do mesmo.

Comprometemo-nos a assegurar a participação voluntária e informada dos estudantes, garantindo o anonimato e confidencialidade.

Junto de cada questionário colocámos também algumas notas explicativas de forma a facilitar o preenchimento do mesmo por parte dos sujeitos.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os adolescentes do estudo apresentavam 17 ou 18 anos de idade, com percentagens de 10.0% e 90.0%. A idade média situou-se nos 17.90 anos com desvio padrão de 0.30 anos.

Na amostra estudada os adolescentes eram maioritariamente do género feminino, com uma percentagem de 83.2%.

Constatamos ainda que 52.6% dos elementos da amostra provinham de meios rurais e que 83.2% tinham irmãos.

Relativamente à posição ocupada na fratria, verificamos que dos 158 adolescentes que tinham irmãos 45.6% eram o filho mais velho, seguidos de 43.7% que eram o filho mais novo.

Quanto à profissão do pai e da mãe encontrámos uma dispersão muito grande de grupos profissionais o que não permitiu um estudo inferencial.

Analisando os resultados das medidas de tendência central (média e mediana) apresentados no Quadro 1, podemos verificar que a dimensão conflitual foi aquela em que os adolescentes evidenciaram maior separação psicológica em relação à mãe e que, nas restantes dimensões, os adolescentes evidenciaram uma separação psicológica semelhante.

A separação psicológica relativamente ao pai segue uma tendência semelhante à observada para a mãe.

Para testar a hipótese «existe relação estatisticamente significativa entre o género do adolescente e a separação

psicológica das figuras parentais» verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ) em todas as dimensões, relativas à mãe e nas dimensões emocional e funcional, em relação ao pai. Os adolescentes do género feminino evidenciam maior separação psicológica com a mãe e com o pai, ao nível da dimensão conflitual, e os do género masculino revelam maior separação com ambos os progenitores nas restantes dimensões. Estes resultados permitem-nos afirmar que a separação psicológica das figuras parentais é diferente para os adolescentes do género masculino e feminino.

Quanto à hipótese «existe relação estatisticamente significativa entre a proveniência do adolescente e a separação psicológica das figuras parentais», constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ) na dimensão conflitual, em relação à mãe, e nas dimensões conflitual e funcional, em relação ao pai. Os adolescentes que provêm de meio rural evidenciam estar mais separados psicologicamente das figuras parentais ao nível dos conflitos mas menos separados em termos funcionais.

Tendo por base estes resultados, concluímos que se confirma parcialmente a hipótese formulada.

Para testar a hipótese «existe relação estatisticamente significativa entre o adolescente ter ou não ter irmãos e a separação psicológica das figuras parentais» podemos afirmar que não existe qualquer diferença estatisticamente significativa ( $p > 0.05$ ), ou seja, a separação psicológica das figuras parentais parece não ser influenciada pelo facto do adolescente ser filho único, ou não.

Quanto à hipótese «existe relação estatisticamente significativa entre o lugar que o adolescente ocupa na fratria e a separação psicológica das figuras parentais», também observamos que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ( $p > 0.05$ ). Este facto leva-nos a concluir que os dados não corroboram a hipótese formulada, ou seja, que a separação psicológica das figuras parentais parece não ser influenciada pela posição que o adolescente ocupa na fratria.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Várias investigações demonstram a existência de diferenças de género no modo como o processo de separação das figuras parentais é vivido pelos adolescentes. Uma das explicações para essas diferenças diz respeito ao facto de os rapazes serem desde cedo impelidos a diferenciarem-se do seu primeiro objecto de amor, enquanto que, para as raparigas, tal diferenciação não é necessária. Por conseguinte, as diferenças do género podem ter origem nas tarefas desenvolvimentais diferenciadas que são impostas aos rapazes e às raparigas e que valorizam ora a autonomia ora a vinculação (Ferreira, 2003).

Fleming (1993, p. 196) de acordo com a sua investigação empírica, refere que os rapazes desejam mais a autonomia e são mais autónomos do que as raparigas, facto que parece ter “(...) uma explicação cultural: a socialização nas sociedades ocidentais tende a fomentar a actividade e a independência nos rapazes e a passividade e a dependência nas raparigas”.

De acordo com alguns autores existe uma pretensão dos pais em investir de forma igualitária entre os filhos pois a distribuição igualitária do investimento parental reduz o risco que a linhagem familiar se extinga. No entanto, os autores discutem que é justamente essa tentativa “igualitária”, chamada pelos autores de equity heuristic, que gera a desigualdade do investimento entre os filhos em algumas situações e, conseqüentemente, influencia no processo de separação psicológicas face às figuras parentais. Deste modo, os resultados do nosso trabalho, e tendo em conta a revisão da literatura consultada, sugerem que os adolescentes obtiveram um tratamento igualitário que lhes permitiu uma separação psicológica das figuras parentais independente do facto de ter irmãos ou não e do local ocupado na fratria.

## CONCLUSÃO

A individualização é um conceito indispensável para explicar o processo pelo qual o adolescente constrói a autonomia psicológica necessária ao seu desenvolvimento. Esse desenvolvimento processa-se a partir do núcleo familiar, que, por sua vez, deve possibilitar ao adolescente um nível óptimo de diferenciação que conduza a um equilíbrio entre separação e proximidade das figuras parentais (Ferreira, 2003).

O cenário do nosso estudo caracteriza-se por um marco decisivo na vida dos adolescentes, isto é, a entrada no ensino superior, sendo este marco considerado não como variável influente mas como cenário propício à influência de outras variáveis, de cuja multiplicidade foram somente estudadas algumas delas.

A entrada para o ensino superior implica inevitavelmente múltiplas mudanças, tornando-se para a maioria dos estudantes um momento em que é necessário conciliar motivações e interesses pessoais em novos contextos de vida, isto é, ao nível familiar, social e escolar. Por esse motivo, o período final da adolescência é, muitas vezes, acompanhado pela saída de casa dos pais, a quebra na rede anterior de suporte social, a integração num novo local, numa nova instituição, com pessoas e regras de funcionamento desconhecidas, em suma, é uma fase de novos desafios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINSWORTH, M. - Somme considerations regarding theory and assessment relevant to attachment beyond infancy. In *Attachment in the preschool years: Theory, Research and Intervention*. Chicago, The Chicago University Press, 1990.

ALLEN, S. & STOLTENBERG, C. - Psychological Separation of Older Adolescents and Young Adults from Their Parents: An Investigation of Gender Differences. *Journal of Counseling e Development*, Vol. 73, n.º 5 (1995), p. 542-546.

ALMEIDA, M. J. V., DIAS, G. F. e FONTAINE, A. M. - Separação Psicológica das Figuras Parentais em Jovens Universitários: Adaptação do “psychological Separation Inventory” de Hoffman à População Portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, Vol. 17, n.º 1 (1996), p. 5-17.

BLOS, P. - *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. (1ª ed.). São Paulo: Martins Fontes, 1985.

BLOS, P. - *Transição adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

DIAS, G. F. & FONTAINE, A. M. - *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar dos jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2001.

FLEMING, M. - *Adolescência e Autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento, 1993.

HOFFMAN, M. L. - Psychological separation of late adolescents from their parents. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 31 (1984), p. 170-178.

SHEBLOSKY, B., CONGER, K. & WIDAMAN, K. - Reciprocal links among differential parenting, perceived partiality, and self-worth a three-wave longitudinal study. *Journal of Family Psychology*. Vol. 19, n.º 4 (2005), p. 633-642.

SULLOWAY, F.J. - Birth order and sibling competition. In *Oxford Handbook of Evolutionary Psychology*, chapter 21 (pp. 297-311). Oxford: University Press, 2007.

# CONTINUIDADE DE CUIDADOS

## UMA PRÁTICA EM PARCERIA

Ferreira, O.M.S.\*

---

\* Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Porto E.P.E., Serviço de Pediatria; Enfermeira. Mestre em Oncologia. Doutoranda em Ciências de Enfermagem – ICBAS Universidade do Porto; e-mail: enfa\_dete@hotmail.com

## RESUMO

Este estudo nasceu da percepção da ausência da continuidade de cuidados à criança com doença oncológica admitida no Serviço de Pediatria do IPO Porto. A principal finalidade deste estudo é o de conhecer estratégias de parceria / colaboração entre o Serviço de Pediatria do IPO do Porto e os Cuidados de Saúde Primários com vista a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e com menor custos.

Para avaliar a realidade da continuidade cuidados a estas crianças e descobrir as necessidades mais prioritárias nesta área, bem como as possíveis soluções foi elaborado um questionário como instrumento de colheita de dados, com base na bibliografia consultada.

Da análise de dados concluímos que a continuidade de cuidados à criança com doença oncológica é, praticamente, inexistente. A articulação entre o Serviço de Pediatria e os Centros de Saúde da ARS Norte é muito frágil, pouco coerente e nada sistemática.

Conseguimos reunir diversas sugestões de estratégias de parceria entre o Serviço de Pediatria do IPO Porto e os Centros de Saúde, com vista à continuidade de cuidados à criança com doença oncológica e sua família, que vão desde a formação profissional até à criação de redes de informação partilhada, protocolos de actuação e criação de equipas de referência.

**Palavras-chave:** continuidade de cuidados, família, criança com doença oncológica, parceria.

## ABSTRACT

To assess the reality of the continuing care for these children and find out the needs higher priority in this area, as well as possible solutions was prepared a questionnaire as a tool for collection of data on the basis of the literature found.

The analysis of data we find that the continuity of care for children with oncological disease is virtually nonexistent.

The relationship between the Office of Pediatrics and the Centers for Health ARS North is very fragile, little coherent and systematic nothing.

We meet several suggestions for strategies of partnership between Paediatric Service of the IPO Porto and Health Centers, for the continuity of care for children with cancer disease and their families, ranging from vocational training to the establishment of information networks shared, protocols of action and creating teams of reference.

**Keywords:** continuing care, family, children with cancer, partnership.

## INTRODUÇÃO

A doença oncológica assume, hoje em dia, uma importância significativa no estado de saúde dos portugueses, apresentando-se como a segunda causa de morte, logo a seguir às doenças cardiovasculares. Na população pediátrica, a doença oncológica é rara, com uma incidência 1/10000 até aos 15 anos e 50-100 novos casos por ano na Região Norte.

As características da doença oncológica têm-se alterado de acordo com os avanços da área da medicina, biologia e genética, deixando de ser uma doença quase sempre mortal em curto espaço de tempo para se transformar, cada vez mais, em doença crónica que evolui com grandes períodos de sobrevivência e, cada vez mais, com cura clínica.

Naturalmente, que a cronicidade da doença implica tempos mais longos de tratamento, vigilância e follow-up, bem como cuidados de saúde especializados, que por sua vez, se traduzem num aumento dos gastos do Sistema de Saúde. Torna-se urgente a definição de uma política de continuidade de cuidados que possa assegurar uma crescente qualidade dos cuidados prestados, com uma boa qualidade de vida para os doentes. É nesse contexto, que a parceria entre os cuidados especializados prestados pelo IPO do Porto e os Cuidados de Saúde Primários assume significativa importância.

O Instituto Português de Oncologia do Porto, como Centro de referência da doença oncológica do Norte, inclusive em idade pediátrica, tem por finalidade a prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica, mas não tem que assegurar os cuidados de saúde relacionadas com outras patologias, não subsequentes da doença oncológica.

Além disso, durante o período em que a criança não está internada, nomeadamente no follow-up, esta deveria beneficiar de cuidados em ambulatório de qualidade na sua área de residência.

Um outro aspecto fulcral desta questão diz, igualmente, respeito à qualidade de vida da criança com doença oncológica e sua família. Da minha experiência profissional tenho conhecimento das consequências que a hospitalização acarreta na idade pediátrica, bem como as sucessivas deslocações ao hospital. No Serviço de Pediatria do IPO do Porto temos crianças de locais como Bragança e Vila Real, que demoram cerca de 3 horas de viagem para chegarem até ao IPO, e o mesmo para regressarem a casa. Naturalmente, que se a criança pudesse beneficiar de, por exemplo, a administração de determinado antibiótico e.v. no seu Centro de Saúde poderia usufruir de mais tempo livre de qualidade, sem os transtornos da viagem, sem o afastamento do que conhece como sendo o seu ambiente, já para não falar nos custos.

As crianças com doença oncológica e a sua família devem poder beneficiar de cuidados de elevada qualidade independentemente do local onde vivem, do meio económico e social a que pertencem e do serviço que utilizam.

Actualmente, as políticas de saúde visam, exactamente, a articulação entre hospitais e os centros de saúde, integrando cuidados primários e hospitalares numa linha de unidades integradas de saúde, respeitando a autonomia

e a cultura técnico-profissional de cada instituição envolvida.

Por conviver diariamente com esta problemática surgiu-me a questão:

- Como promover / instituir parceria na continuidade dos cuidados entre o Serviço de Pediatria do IPO do Porto e os Centros de Saúde das respectivas áreas de residência das crianças com doença oncológica e sua família?

Para este estudo traçámos como objectivos:

- Comparar de que forma é assegurada a continuidade dos cuidados à criança com doença oncológica por um Centro de Saúde próximo do IPO do Porto (ex. Porto) e um Centro de Saúde mais distante (ex. Bragança)

- Promover a continuidade dos cuidados prestados à criança com doença oncológica e sua família

- Estabelecer estratégias de parceria / colaboração entre o serviço de Pediatria do IPO do Porto e os Cuidados de Saúde Primários com vista a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e com menor custos.

## METODOLOGIA

Para assegurar a validade dos resultados e, sobretudo, para atingir os próprios objectivos deste estudo, recorreu-se à triangulação, que segundo Fortin (1999), consiste na utilização de diferentes métodos combinados, no interior do mesmo estudo, reunindo métodos qualitativos e quantitativos, sendo as regras processuais próprias de cada um respeitadas. A complementaridade entre os métodos quantitativo e qualitativo foi utilizada neste estudo, utilizando-se estatística descritiva e apresentando-se conjuntamente a interpretação de dados qualitativos.

A população deste estudo é constituída pelos enfermeiros Serviço de Pediatria do IPO do Porto e dos Centros de Saúde pertencentes à ARS Norte, com crianças com doença oncológica inscritas.

Tendo presentes factores como o tempo, as características inerentes à população, o conhecimento da população por parte do investigador, a menor influência nas respostas, assegurar o anonimato e maior liberdade e espontaneidade nas respostas, o questionário é, para nós, o instrumento adequado.

O questionário apresenta algumas diferenças mediante se destine aos profissionais do Serviço de Pediatria do IPO Porto ou caso se destine aos profissionais dos Centros de Saúde, exactamente pelas diferentes características apresentadas por cada instituição.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Constatámos que grande parte da amostra do Serviço de Pediatria não conhece os Centros de Saúde onde as crianças admitidas estão inscritas, bem como a grande parte dos Centros de Saúde desconhece a existência de alguma criança com doença oncológica inscrita.

Não é possível promover a articulação de cuidados entre Instituições de Saúde que desconhecem os seus parceiros.

Quando analisámos aspectos tais como o tipo de informação transmitida, os agentes de comunicação e os veículos de informação utilizados ficamos com uma ideia, ainda mais clara, da lacuna que existe a este nível.

O principal agente de comunicação do diagnóstico de doença oncológica na criança é a família da própria criança; que sabemos não ser idónea neste processo e correr o risco de transmitir informações pouco científicas.

A informação que chega aos Centros de Saúde é considerada insuficiente pela maioria dos sujeitos em estudo e os veículos considerados desadequados.

O veículo de informação mais registado pelos Centros de Saúde é a família, em detrimento dos tradicionais, mas eficazes, documentos escritos como a carta de alta médica e a carta de enfermagem.

Quando analisámos a situação por sub-região de saúde, concluímos que quanto mais próxima a sub-região está do centro de referência em oncologia pediátrica do Norte, o IPO Porto, menos informação é transmitida.

Como opostos temos a sub-região de saúde de Viana do Castelo que, na amostra em estudo, não recebeu qualquer tipo de informação do IPO Porto e o único veículo de informação conhecido é a família; e a sub-região de Bragança, onde chegam informações pertinentes sobre a criança com doença oncológica.

Desta forma, é seguro afirmar que o primeiro passo a dar na direcção da continuidade de cuidados a estas crianças é a referenciação aos Centros de Saúde.

Neste parâmetro, quer o Serviço de Pediatria quer os Centros de Saúde encontram-se de acordo, considerando que a referenciação destas crianças aos Centros de Saúde contribui para uma prestação de cuidados mais holística e individual, para uma melhor qualidade de vida para a criança e família, para um maior apoio em termos de cuidados e para reduzir as hospitalizações.

Numa segunda parte da análise de dados pretendemos fazer a caracterização do que seria uma continuidade de cuidados eficaz, assente numa parceria coerente entre estas Instituições de Saúde.

Dessa forma, foi sugerido que informações como o diagnóstico, tratamentos efectuados, estado de saúde no momento da alta, os cuidados pós-alta e a terapêutica para o domicílio sejam sempre transmitidas, pois são consideradas como as mais pertinentes.

Em termos de veículos de informação, a amostra do estudo elegeu a carta de enfermagem e a carta de alta médica como os mais adequados, seguidas do contacto telefónico. Neste caso não se trata de criar novos veículos de informação, mas sim aperfeiçoar e rentabilizar os já existentes.

Para a transmissão da informação descrita anteriormente, os sujeitos deste estudo elegeram todos os internamentos. Quer isto dizer que, os sujeitos deste estudo consideram que em cada internamento da criança deveria haver troca de informação entre o Serviço de Pediatria e os Centros de Saúde.

A formação profissional é encarada por todos como essencial, e são vários os temas a serem abordados, sendo os mais predominantes o diagnóstico e fases da doença, bem como os tratamentos e aspectos psicossociais.

Na análise destes dados verificámos que existe uma concordância marcada entre médicos e enfermeiros e, por isso, concluímos que seria perfeitamente possível realizarem-se formações profissionais multidisciplinares, com interesse para ambos os grupos profissionais.

De maneira geral, o Serviço de Pediatria e os Centros de Saúde apontam o após cada alta hospitalar como o momento mais oportuno para os Cuidados de Saúde Primários intervirem.

Na fase terminal, os CSP teriam como intervenção privilegiada a visitação domiciliária.

Para finalizar, conseguimos reunir diversas sugestões de estratégias de parceria entre o Serviço de Pediatria do IPO Porto e os Centros de Saúde, com vista à continuidade de cuidados à criança com doença oncológica e sua família, que vão desde a formação profissional até à criação de redes de informação partilhada, protocolos de actuação e criação de equipas de referência.

## CONCLUSÃO

Pela análise dos dados obtidos, concluímos que a continuidade de cuidados à criança com doença oncológica é, praticamente, inexistente. A articulação entre o Serviço de Pediatria e os Centros de Saúde da ARS Norte é muito frágil, pouco coerente e nada sistemática.

Não é possível promover-se a articulação de cuidados entre Instituições de Saúde que desconhecem os seus parceiros.

Desta forma, o primeiro passo a dar na direcção da continuidade de cuidados a estas crianças é a referenciação aos Centros de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, N. W. - *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto alegre: Artes médicas, 1986.

AUGUSTO, B.; CARVALHO, R. - *Cuidados continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros na cuidar*. Coimbra: Formasau, 2002.

AZEREDO, Z. - A Família da Criança Oncológica: testemunhos. *Acta Médica Portuguesa*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2004.

BERARDO, A. M. - *Planeamento de altas hospitalares*. Vilamoura: s.ed, 1988.

BISCAIA, A. R. - *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. 1.ª ed. Lisboa: Padrões culturais Editora, 2005.

CARVALHO, P. - Parceria (s): uma cultura a incentivar. In: *Boletim do Instituto de apoio à criança*, 2002.

FORTIN, M. F. - *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência, 1999.

LOPES, M. A. P. - Parceria: uma estratégia de formação em enfermagem. *Revista Pensar enfermagem*, 4 (2000).

LOPES, D. I. M; PINTO, L. F. C. A. - Princípios e valores: reflexão para um sistema de saúde. In NUNES, Rui - *Política de saúde*. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique, 2003.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006.

# ANÁLISE DESCRITIVA DA VIOLÊNCIA, CLIMA ORGANIZACIONAL E BURNOUT NUMA AMOSTRA DE ENFERMEIROS PORTUGUESES

Tomás, C.C.\*

## RESUMO

Evidências científicas levam à conclusão de que os enfermeiros são uma das classes profissionais que mais sofre de stress laboral, havendo relações já provadas entre esses níveis, e os níveis de percepção do clima organizacional e acontecimentos violentos. Realizou-se um estudo descritivo-correlacional, com as variáveis clima organizacional, acontecimentos violentos e Burnout, nos enfermeiros que prestam cuidados nas unidades de ambulatório do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. Tendo sido percebidas diferenças matemáticas entre as várias regiões do país, no que respeita aos níveis das variáveis estudadas, aplicaram-se testes de significância. Percebeu-se que existem diferenças estatisticamente significativas nestes níveis entre as várias regiões.

**Palavras-chave:** Clima Organizacional, Acontecimentos Violentos, Burnout, Enfermeiros

## ABSTRACT

Scientific evidences had lead to the conclusion that nurses are one of the professional classes who suffer most from stress at work, having already been proved a relation between the levels of stress, and the levels of perceived organizational climate and the occurrence of violent events. A descriptive-correlational study was realised with nurses who provided care in outpatient units of the “Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.”, with the organizational climate, violent events and Burnout variables. We applied tests of significance after notice mathematical differences in terms of variables levels, between the various regions of the country. It was noticed that there are significant differences in these levels between the various regions.

**Keywords:** Organizational Climate, Violent Events, Burnout, Nurses

## INTRODUÇÃO

Novos riscos psicossociais, emergentes das reformas laborais e organizacionais a que se tem assistido nos últimos anos, são, por vários autores associados a um aumento de stress e Burnout laboral. A classe de enfermagem, em Portugal, nomeadamente, não se exceptua desta realidade, e tem também sofrido com as alterações impostas pela evolução. A crescer a isto, o risco de violência, quer física, quer verbal, a que os enfermeiros estão expostos diariamente no seu trabalho, por parte de utentes e usuários dos serviços de saúde, incrementa o risco de sofrer de stress laboral.

## METODOLOGIA

Os resultados aqui apresentados, respeitam a um estudo realizado, de tipo quantitativo, descritivo-correlacional, em que se utilizaram como variáveis a percepção do clima organizacional (que comporta dez subescalas, agrupadas em três dimensões), níveis de acontecimentos violentos (subdivididos em duas dimensões), e níveis de

Burnout (nas suas três dimensões definidas por Maslach), nos enfermeiros que prestavam cuidados nas unidades de ambulatório (Centros de Respostas Integradas) do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., à data da aplicação dos questionários (Julho e Agosto de 2010).

O questionário utilizado constituiu-se de quatro partes: Work Environment Scale (elaborada por Moos, 1986, e traduzida e adaptada à população portuguesa por Louro, 1995); escala de avaliação de acontecimentos violentos; Maslach Burnout Inventory – General Survey (elaborada por Schaufeli, Leiter, Maslach e Jackson, 1996, e traduzida e validada para a população portuguesa por Nunes, 1999); e questões de caracterização socioprofissional. O questionário foi aplicado a toda a população, sendo que 91 dos enfermeiros responderam de forma válida, constituindo assim a amostra.

Com o objectivo de perceber se as diferenças encontradas entre regiões do País (regiões delimitadas pelas Delegações Regionais do referido Instituto: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), relativamente aos níveis das variáveis em estudo, são ou não estatisticamente significativas, aplicaram-se testes de significância (One-Way ANOVA e Tukey). A probabilidade máxima admitida para ocorrência de Erro Tipo I foi de 0,05.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

De forma global, os valores mais baixos de percepção de clima organizacional respeitam à região norte. A região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta os níveis mais satisfatórios de percepção do clima organizacional, com excepção do conforto físico. Em relação aos acontecimentos violentos, verifica-se um aumento do nível de acontecimentos violentos no geral, das ameaças e dos ataques no sentido sul-norte. As regiões do Algarve e do Alentejo registam os valores mais baixos de violência, seguidas da região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo a região Centro e, em particular, a região Norte, as que apresentam níveis de violência mais elevados. Os níveis de exaustão emocional e física e de cinismo elevam-se também no mesmo sentido (sul-norte), e os níveis de eficácia profissional elevam-se no sentido contrário (norte-sul). Perante estas diferenças matemáticas, aplicados os testes de significância, obteve-se que as variações regionais nos valores da percepção do apoio do supervisor, da autonomia, da pressão no trabalho e do conforto físico, bem como nos níveis de exaustão física e emocional, e eficácia profissional, são significativos, em particular, entre algumas das regiões.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os níveis de percepção do clima organizacional mais baixos respeitam à região Norte do país, bem como os níveis mais altos de acontecimentos violentos, o que se reflecte, consequentemente em níveis mais elevados de Burnout nesta região, o que vem de acordo com alguns estudos já realizados (Queirós, 2005, Loureiro et al., 2008, Duraisingam et al., 2007, Pires, Mateus, Câmara, 2004). Não tendo sido apuradas as causas das diferenças de percepção do clima organizacional ou dos níveis de acontecimentos violentos entre regiões, parece-nos que as mesmas se possam dever, em parte, a diferenças de gestão e ao volume de trabalho e de utentes bastante superior nas regiões onde os valores encontrados foram menos satisfatórios.

## CONCLUSÕES

Na população estudada, os níveis de percepção do clima organizacional decrescem na direcção sul-norte, ao mesmo tempo que se elevam os níveis de acontecimentos violentos, bem como os níveis de Burnout. Parte destas diferenças entre regiões são estatisticamente significativas. Impõe-se, depois de realizada esta análise, a necessidade de perceber de forma exacta quais as causas que levam às diferenças entre regiões, dos valores das variáveis estudadas, bem como quais as estratégias que poderão ser adoptadas no sentido de promover um ambiente de trabalho saudável, isento de riscos e promotor da saúde e bem-estar dos enfermeiros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONTRERA-MORENO, L.; MONTEIRO, M. – Violência no Trabalho em Enfermagem: um novo risco ocupacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 57, n.º 6 (2004), p. 746-749.

DURASINGAM, Vinita; et al. – *Wellbeing, Stresse & Burnout: A National Survey of Managers in Alcohol and Other Drug Treatment Services*. Australia: National Center for Education and Training on Addiction (NCETA), 2007.

LOURO, Cristina – *Tradução e Adaptação da Work Environment Scale (WES) à População Portuguesa*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1995. (Monografia de fim de curso).

LOUREIRO, H.; et al. – Burnout no trabalho. *Referência*, n.º 7 (2008), p. 33-41.

PIRES, Sandra; MATEUS, Rosa; CÂMARA, Jorge (2004) – Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes. *Toxicodependências*, Vol. 10, n.º 1 (2004), p. 15-23.

QUEIRÓS, Paulo J. P. – *Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses*. Coimbra: Formasau, 2005.

# SINTOMATOLOGIA ANSIOSA E DEPRESSIVA NO PRESTADOR INFORMAL DE CUIDADOS A DOENTES ONCOLÓGICOS EM ESTADO TERMINAL

Moutinho, S.\*  
Lima, L.\*\*

---

\* Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Porto E.P.E., Psicóloga Clínica do Serviço de Psico-Oncologia; e-mail: smoutinho@ipporto.min-saude.pt

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora; e-mail: ligia@esenf.pt

## RESUMO

A vivência de uma doença ameaçadora de vida, como é exemplo o cancro, é reconhecida como uma situação geradora de desadaptação não apenas para o doente mas também para os seus cuidadores, que partilham com ele o sofrimento e o distress psicológico associado (Kissane, Bloch, Burns, McKenzie e Posterino, 1994). Outro dos factores que pode ser considerado como uma grande fonte de distress nos cuidadores primários é a percepção de falta de suporte dos outros membros da família (Haley, 2003). Inúmeros estudos demonstram a presença de vários tipos de perturbação associados ao papel de cuidador informal de doentes em estado terminal, das quais se destacam os do foro alimentar, dos padrões de sono e a sintomatologia ansiosa e depressiva (Pereira e Lopes, 2002).

O objectivo deste estudo foi avaliar o impacto emocional do papel de cuidador informal de um doente em Cuidados Paliativos Oncológicos. Estudou-se entre outras variáveis, a presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva. Participaram neste estudo 52 cuidadores informais de doentes internados e/ou da consulta externa em Cuidados Paliativos Oncológicos de uma Instituição de Saúde do Norte do País. Para a colheita de dados e para além de um questionário sociodemográfico, foi administrada a versão portuguesa do instrumento “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)” de Ribeiro e colaboradores (2007). Os resultados obtidos neste estudo indicaram uma elevada incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva e em níveis clínicos muito significativos e elevados ( $M=25,77; DP=8,09$ ) comparativamente aos resultados encontrados em outros estudos. Estes resultados confirmam o impacto negativo do processo de cuidar de um doente oncológico em estado terminal, o que realça a necessidade de intervenções psicológicas desenvolvidas e orientadas especificamente para o cuidador informal, tendo em vista não só minimizar o impacto da doença nele e na família, mas também contribuir indirectamente para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

**Palavras-Chave:** Ansiedade; Depressão; Cuidador Informal; Cuidados Paliativos.

## ABSTRACT

The experience of a life threatening disease, such as cancer, is recognized as a situation that may cause maladjustment not only to the patient but also to the caregivers who share the suffering and psychological distress (Kissane, Bloch, Burns, McKenzie e Posterino, 1994).

Another factor that may function as a great source of distress for the primary caregiver is the perception of lack of support from the other family members (Haley, 2003). A great number of studies have described the presence of different types of disturbances associated with the role of the informal caregiver of patients in the end of life, such as food and sleep disorders and the presence of depression and anxiety symptoms (Pereira e Lopes, 2002).

The objective of this study was to evaluate the emotional impact of being in the role of informal caregiver of a patient in oncology Palliative Care. Among other variables, the presence of anxiety and/or depression symptoms was evaluated. The sample consisted of 52 informal caregivers of inpatients and outpatients of oncology palliative care in a health institution in the north of Portugal. The following instruments were used: a sociodemographic questionnaire and the Portuguese version of the “Hospital Anxiety and Depression Scale –HADS (Ribeiro e colaboradores, 2007).

The results indicate a high incidence of anxious and depressive symptoms with significant clinical levels ( $M=25,77$ ;  $DP=8,09$ ). These results confirm the negative impact of the caregiving process of a patient in oncology palliative care, which enhances the need for psychological interventions aimed specifically at the informal caregiver not only to minimize the impact of the disease on the patient and his family, but also to contribute to improve the quality of the caregiving process.

**Keywords:** Anxiety; Depression; Informal Caregiver; Palliative care.

## INTRODUÇÃO

A vivência de uma doença ameaçadora de vida é reconhecida como uma causa geradora de stress não apenas para o doente mas também para os seus cuidadores que partilham com ele o sofrimento e o distress psicológico associado (Kissane, Bloch, Burns, McKenzie e Posterino, 1994). Assim sendo, a doença terminal provoca alterações profundas nas rotinas diárias do sistema familiar, que se podem traduzir em alterações de natureza psicossocial, e que muitas vezes requerem uma orientação e intervenção psicológica especializada. Para Burridge, Barnett e Clavarino (2009), a ansiedade e a depressão são as formas mais comuns de alterações ao nível mental nos cuidadores informais. A prová-lo existem vários estudos, entre os quais um realizado por Rezende e colaboradores (2005) com cuidadores de mulheres com cancro de mama em fase terminal, em que se verificou que 74,4% dos cuidadores da amostra apresentavam ansiedade e 53,4% apresentavam depressão. Outros estudos do tipo longitudinal também demonstraram que os cuidadores dos doentes com cancro em fase avançada apresentavam um aumento da sintomatologia depressiva (Given et al., 2004; Kurtz e Kurtz, Given e Given, 2004 citados por Burridge, Barnett e Clavarino, 2009).

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaram neste estudo 52 cuidadores informais de doentes internados e/ou da consulta externa em Cuidados Paliativos Oncológicos de uma Instituição de Saúde do Norte do País. No que concerne ao sexo dos cuidadores, 44 (84,6%) eram do sexo feminino, 8 (15,4%) eram do sexo masculino. A idade média dos mesmos era de 49,88 anos. Relativamente ao grau de parentesco: 25 (48,1%) eram marido/esposa, 23 (44,3%) eram filha/filho e 2 (3,8%) eram mãe/pai, existindo ainda 2 (3,8%) cuidadores informais com outro grau de parentesco.

### *Instrumentos*

Neste estudo para além de um questionário sócio-demográfico foi utilizada a versão portuguesa do instrumento “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)” de Ribeiro e colaboradores (2007).

### *Procedimentos*

A amostra constituída pelos 52 cuidadores informais foi seleccionada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (1) Serem cuidadores informais de doentes internados ou acompanhados em consulta externa em

Cuidados Paliativos oncológicos; (2) Terem aceitado colaborar no estudo através do preenchimento da declaração do consentimento informado; (3) Terem uma idade igual ou superior a 18 anos; (4) Apresentarem capacidades de leitura e/ou compreensão da Língua Portuguesa. O método de amostragem utilizado nesta investigação foi o método de amostragem conveniência (Ribeiro, 1999), que procurou conjugar a disponibilidade da investigadora e dos participantes na recolha de dados.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta investigação verificou-se que os cuidadores informais apresentam uma elevada incidência de sintomatologia de ansiedade e depressão, com valores médios e desvios-padrão, que se podem considerar clinicamente muito significativos e elevados quer ao nível da escala total da HADS ( $M=25,77; DP=8,09$ ), quer ao nível das subescalas ansiedade ( $M=13,90, DP=3,81$ ) e depressão ( $M=11,87; DP=4,96$ ). Estes resultados resultam muito elevados inclusive comparativamente aos encontrados noutras investigações e podemos apontar como referência um estudo levado a cabo por Gough e Hudson (2009), com familiares de doentes em Cuidados Paliativos, onde os resultados obtidos foram bastante inferiores, mais concretamente, na sub-escala ansiedade ( $M=8,45; DP=4,20$ ) e na sub-escala depressão ( $M=5,88; DP=4,18$ ).

## CONCLUSÕES

Constata-se assim que a sobrecarga do cuidador informal em Cuidados Paliativos oncológicos é uma realidade também no nosso contexto e que tem implicações de natureza física, emocional e social, conduzindo nomeadamente à vivência de distress psicológico que pode expressar-se, entre outras formas, através de sintomatologia ansiosa e depressiva. Na nossa amostra, estes sintomas foram bastante mais elevados do que seria de esperar até mesmo em populações clínicas, o que sugere a necessidade de promover uma melhoria na intervenção psicossocial com os cuidadores informais em Cuidados Paliativos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BURRIDGE, L., BARNETT, A., & CLAVARINO, A. The impact of perceived stage of cancer on carers' anxiety and depression during the patients' final year of life. *Psycho-Oncology*, Vol. 18, n.º 6 (2009), p. 615-623.
- HALEY, W. Family Caregivers of Elderly Patients With Cancer: Understanding and Minimizing the Burden of Care. *The Journal of Supportive Oncology*, Vol. 1, n.º 2 (2003), p. 25-29.
- KISSANE, D., BLOCH, S., BURNS, W., MCKENZIE, D., & POSTERINO, M. Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-Oncology*, N.º 3 (1994), p. 47-56.
- RIBEIRO, J. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
- RIBEIRO, J., SILVA, I., FERREIRA, T., MARTINS, A., MENESES, R., & BALTAR, M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale Psychology. *Health & Medicine*, Vol. 12, n.º 2 (2007), p. 225-237.

# ADEQUAÇÃO DO CHILD DRAWING HOSPITAL NA AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS PORTUGUESAS

Lima, L.\*

Lemos, M.S.\*\*

---

\*Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora; e-mail: [ligia@esenf.pt](mailto:ligia@esenf.pt)

\*\* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto – Professora Associada com Agregação; e-mail: [marina@fpce.up.pt](mailto:marina@fpce.up.pt)

## RESUMO

A hospitalização tem sido identificada como uma vivência potencialmente geradora de ansiedade na idade pediátrica. Entre as várias estratégias de avaliação do impacto emocional da hospitalização surge o desenho, que comparativamente a outras formas de avaliação, facilita a comunicação de pensamentos e sentimentos, mesmo em situações em que a criança não possui grandes recursos para descrever o impacto da experiência do internamento. O “Child Drawing: Hospital (CD:H)” (Clatworthy, Simon e Tiedman, 1999) é um instrumento norte-americano de fácil administração e por esta razão, de grande utilidade no contexto hospitalar.

Os autores do presente artigo desenvolveram um projecto de investigação com o objectivo de estudar a adequação do CH:D enquanto instrumento de avaliação da ansiedade/bem-estar de crianças hospitalizadas portuguesas.

A amostra do estudo aqui apresentado foi recolhida numa instituição de saúde especializada em doenças oncológicas do Norte de Portugal e é constituída por 29 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos. No âmbito de um estudo mais alargado, foram recolhidos dados, com recurso ao método de “Desenhar e escrever” (Williams, Wetton & Moon, 1989). A cada criança foi entregue uma folha de papel, sendo-lhe pedido que desenhasse em metade da folha uma pessoa saudável e na outra metade uma pessoa doente. A criança poderia ainda escrever algum texto embora neste estudo tenham sido apenas analisados os desenhos, recorrendo à grelha de análise do CH:D.

Os resultados preliminares sugerem que o CD:H é um instrumento sensível e adequado para avaliar a influência da hospitalização no bem-estar da criança hospitalizada, através da avaliação do seu nível de ansiedade e através da presença de indicadores de perturbação emocional. O instrumento permite ainda identificar níveis de ansiedade a partir dos quais se justificam vários tipos de intervenção destinados a promover o equilíbrio emocional da criança e a sua adaptação ao contexto hospitalar.

**Palavras-chave:** Impacto emocional da hospitalização, criança, ansiedade na criança, avaliação, desenho

## ABSTRACT

Hospitalization has been identified as a stressing experience for children. Drawing is one of many possible methods for assessing the emotional impact of hospitalization, but has the strength of facilitating the communication of thoughts and feelings, even in situations in which the child doesn't possess the resources to describe the impact of the experience. The “Child Drawing: Hospital (CD:H)” (Clatworthy, Simon e Tiedman, 1999) is an instrument that is easily administered and so, very useful in hospital context.

The aim of this study was to analyze the adequacy of the CD:H as an instrument for the assessment of anxiety and well-being of hospitalized Portuguese children.

Participants were 29 children aged 7 to 9 and hospitalized in a Cancer Centre from the city of Porto. As part of a larger research project, data were collected using the “Draw and Write” technique (Williams et al, 1989). Each

child was handed in a sheet of paper and asked to draw two persons, one healthy and one ill. Children could also write text on the paper but in this study only drawings were analyzed, using the CH:D coding manual.

Preliminary results suggest that CD:H is an appropriate instrument with sensitivity to evaluate the impact of child hospitalization, by assessing their level of anxiety and through the presence of indicators of emotional disturbance. Moreover, this instrument provides scoring cut-off points above which differential types of intervention are suggested to promote the emotional wellbeing of the child and his/her adaptation to the hospital.

**Keywords:** Child hospitalization, child hospital anxiety, emotional impact of hospitalization, drawing technique

## INTRODUÇÃO

A hospitalização tem sido identificada como uma vivência potencialmente geradora de ansiedade na idade pediátrica (Barros, 2003). Para além da situação de doença ou de ruptura do seu estado de saúde (no caso de um acidente), que pode ser, por si só, já bastante perturbadora, a criança quando é internada numa unidade de saúde confronta-se com um ambiente desconhecido e potencialmente ameaçador, que exige um esforço considerável de adaptação. A necessidade de realizar procedimentos médicos mais ou menos dolorosos e invasivos, a separação do seu ambiente familiar, a necessidade de se habituar a um novo espaço e novas rotinas, a multiplicidade de profissionais de saúde com que terá que lidar são alguns dos stressores associados ao processo de hospitalização, que a investigação tem identificado como estando na origem de níveis de ansiedade bastantes significativos e responsáveis por situação de desadaptação psicológica (Menezes et al, 2008).

No seio da equipa de saúde e pela sua maior proximidade com a criança e família, cabe muitas vezes ao enfermeiro detectar a presença de situações de ansiedade e desadaptação e ainda, a responsabilidade de desenvolver estratégias que minimizem o impacto dos stressores anteriormente mencionados, pelo que se torna importante disponibilizar instrumentos que facilitem a comunicação com a criança e a avaliação do seu bem-estar.

Entre as várias estratégias de avaliação do impacto emocional da hospitalização surge o desenho, que comparativamente a outras formas de avaliação, facilita a comunicação de pensamentos e sentimentos, mesmo em situações em que a criança não possui grandes recursos para descrever o impacto da experiência do internamento.

O “Child Drawing: Hospital (CD:H)” (Clatworthy et al, 1999) é um instrumento norte-americano de fácil administração e de grande utilidade no contexto hospitalar.

Embora inicialmente o CD:H tenha sido desenvolvido para avaliar o nível de ansiedade de crianças hospitalizadas, após terem realizado várias investigações com diferentes amostras de crianças, nomeadamente crianças não hospitalizadas, os autores consideraram que a grelha de análise do CD:H poderia ser utilizada de forma mais genérica, mais concretamente como medida global do seu bem-estar. O objectivo deste estudo foi o de avaliar a adequação do CH:D enquanto instrumento de avaliação do nível de ansiedade de crianças hospitalizadas portuguesas.

## MÉTODOS

### *Participantes*

A amostra foi recolhida numa instituição de saúde especializada em doenças oncológicas do Norte de Portugal e é constituída por 31 crianças e adolescentes com idades entre os 7 e os 12 anos (55% do sexo masculino e 45% do sexo feminino).

### *Instrumentos*

O “Child Drawing: Hospital (CD:H)” (Clatworthy et al, 1999a) é um instrumento de origem norte-americana que foi especialmente concebido para avaliar o nível de ansiedade associado ao processo de hospitalização em crianças com idades entre os 5 e os 11 anos.

À criança é pedido que desenhe uma pessoa num hospital e a cotação do desenho é depois realizada com base numa grelha de análise constituída por 3 partes (Clatworthy et al, 1999b). A primeira parte contém 14 itens<sup>1</sup> que avaliam diversos aspectos como por exemplo a qualidade do traço e a dimensão da figura humana representada. A segunda parte inclui itens denominados de indicadores de perturbação emocional. Por fim existe uma terceira parte em que o avaliador terá que fazer uma leitura mais global e impressionista do desenho, pontuando-o numa escala que varia entre 1 e que representa uma boa capacidade da criança para lidar com a situação (coping) e 10, que revela ansiedade elevada. A pontuação total do instrumento é obtida pela soma das pontuações obtidas nas 3 diferentes partes e pode variar entre 15 e 290.

No estudo da sua adequação, o CH:D revelou ser um instrumento fidedigno, uma vez que foram obtidos resultados bastantes elevados no cálculo do acordo inter-observadores. Participaram neste estudo seis observadores independentes, tendo sido posteriormente calculado o índice de correlação entre a codificação de cada um deles e as dos cinco restantes. Os coeficientes *r* de Pearson variaram entre 0,80 e 0,90 para a parte A, entre 0,21 e 0,69 para a parte B, 0,39 e 0,60 para a parte C e entre 0,68 e 0,84 para a o resultado total (Clatworthy et al, 1999a).

### *Procedimento*

No âmbito de um projecto de investigação mais alargado, foram recolhidos dados com recurso ao método de “Desenhar e escrever” (Williams et al, 1989). A cada criança foi entregue uma folha de papel, sendo-lhe pedido que desenhasse em metade da folha uma pessoa saudável e na outra metade uma pessoa doente. A criança poderia ainda escrever algum texto embora neste estudo tenham sido apenas analisados os desenhos referentes à representação gráfica da pessoa doente, recorrendo à grelha de análise do CH:D.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DE RESULTADOS

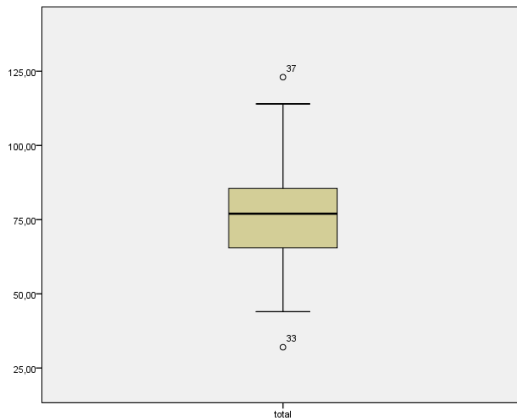
Para o estudo da adequação do instrumento, para além das análises descritivas que permitiram analisar a sensibilidade do CH:D, foi ainda realizada uma análise da sua fidelidade através do método de acordo inter-observadores.

---

<sup>1</sup>No presente estudo utilizaram-se apenas 13 itens por se considerar que o item 14 (“nível de desenvolvimento”) requer um estudo mais aprofundado antes de poder ser cotado de forma precisa e fiel.

No sentido de avaliar a sensibilidade, realizou-se por um lado uma análise do leque dos resultados, tendo-se verificado que todas as alternativas de resposta foram utilizadas. Para além disso, verificou-se que os valores da média (75,45) e da mediana (77,00) são semelhantes, demonstrando uma distribuição normal dos resultados. A normalidade dos resultados pode ser observada também na Figura 1.

Figura 1: Distribuição dos resultados totais do CH:D



Finalmente, calcularam-se os valores da assimetria (0,137) e da curtose (0,768) os quais reforçaram a ideia de que se trata de um instrumento com boa sensibilidade.

A análise da fidelidade do instrumento foi realizada através do método de acordo inter-observadores. Depois de traduzido o manual de cotação foi realizado um treino em que participaram dois observadores independentes. Para o cálculo do acordo foram cotados 30% dos desenhos tendo sido obtido uma

percentagem de concordância de 84,97% para a totalidade dos itens.

No que se refere à parte A, que avalia a ansiedade da criança, o Quadro 1 descreve os valores mínimos, máximos, médias e desvios padrão relativos a cada um dos itens.

Quadro 1 – Medidas descritivas dos itens da Parte A

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1. Posição	31	1	8	3,68	2,587
2. Acção	31	3	8	5,58	1,501
3. Comprimento pessoa	31	1	7	3,03	1,888
4. Largura pessoa	31	1	7	2,29	1,189
5. Expressão facial	31	1	10	5,68	3,390
6. Olhos	31	1	10	4,81	3,198
7. Tamanho pessoa/ambiente	31	1	10	2,65	2,470
8. Cor: predominância	31	1	10	8,29	2,383
9. Cor: número	31	2	10	7,48	2,827
10. Uso do papel	31	1	10	6,48	2,965
11. Localização figura no papel	31	1	6	1,81	1,682
12. Qualidade dos traços	31	1	8	3,74	1,316
13. Equipamento hospitalar	31	1	10	3,00	2,530

Os itens com os valores mais elevados foram os referentes à utilização da cor e uso de papel. No que se refere à cor, estes valores indicam que as crianças usaram predominantemente o castanho, vermelho e o preto, considerados característicos de ira, agressão, ameaça, medo e perda de controlo. A baixa diversidade de cores é também associado a uma falta de energia anímica. Estas crianças tendem também a utilizar uma pequena porção do papel,

o que é interpretado no mesmo sentido de maior ansiedade. Os valores dos itens que dizem respeito à expressão facial da figura humana representada são indicadores de uma maior predominância do afecto negativo.

Relativamente à parte B, cota-se a presença de oito aspectos do desenho que são considerados como indicadores específicos de perturbação emocional. Os itens correspondem assim à presença de aspectos que na literatura aparecem referidos como indicadores emocionais e que traduzem índices de funcionamento patológico. Todos os índices foram identificados nos desenhos desta amostra, com excepção do item 21, referente à existência de perfis mistos. Os que registaram maior frequência foram as omissões de partes do corpo, a existência de transparências e sombreados. Estes itens são interpretados como indicadores de insegurança, preocupação com certas partes do corpo e elevada ansiedade ou sentimentos conflituosos acerca da imagem corporal.

Relativamente à Parte C, cuja pontuação é feita numa escala de 0 a 10 verificamos que há desenhos classificados em todos os níveis de resposta com excepção da pontuação mais elevada, ou seja 10, que corresponde ao maior nível de perturbação.

Finalmente, é de notar que esta escala estipula diferentes níveis de ansiedade, a partir dos quais se justificarão tipos de intervenção destinados a promover o equilíbrio emocional da criança e a sua adaptação ao contexto hospitalar. De acordo com os pontos de corte propostos pelas autoras do instrumento, cerca de metade das crianças da amostra deste estudo situa-se num nível médio de ansiedade (Clatworthy et al, 1999a), justificando a necessidade de desenvolver estratégias facilitadoras da adaptação ao hospital por parte dos profissionais de saúde.

## CONCLUSÕES

Os resultados preliminares sugerem que o CD:H é um instrumento sensível e adequado para avaliar a influência da hospitalização no bem-estar da criança, através da avaliação do seu nível de ansiedade e através da presença de indicadores de perturbação emocional.

O instrumento permite ainda identificar níveis de ansiedade a partir dos quais se justificam vários tipos de intervenção destinados a promover a adaptação da criança ao contexto hospitalar.

Estes dados encorajam a utilização clínica deste instrumento e justificam estudos futuros com amostras mais alargadas de crianças hospitalizadas bem como a comparação com amostras de crianças não hospitalizadas. Note-se que esta amostra é constituída por crianças portadoras de uma doença muito grave e de longa duração, o que inclusive se reflecte de forma bastante significativa no número de internamentos, sua duração e na agressividade das terapêuticas instituídas.

Será interessante continuar a estudar as características deste instrumento, e utilizá-lo com crianças hospitalizadas em circunstâncias diferentes, como por exemplo, em situações de urgência, ou seja internamentos não programados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, L. - *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentalista*. Lisboa: CLIMEPSI, 2003.

CLATWORTHY, S., SIMON, K. TIEDMAN, M. - Child Drawing: Hospital – An instrument Designed to Measure the Emotional Status of Hospitalized School-Aged Children. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol. 14, n.º 1 (2009a), p.2-9.

CLATWORTHY, S., SIMON, K. TIEDMAN, M. Child Drawing: Hospital Manual. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol. 14, n.º1 (2009b), p.10-18.

MENEZES, M., MORÉ, C.L.O, CRUZ, R. - O Desenho como Instrumento de Medida de Processos Psicológicos em Crianças Hospitalizadas, *Avaliação Psicológica*. Vol. 7, n.º 2 (2008), p.189-198.

# EMPOWERMENT EM ADULTOS DA COMUNIDADE

## ESTUDO PRELIMINAR DE ADAPTAÇÃO DE UMA ESCALA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA\*

Almeida, M. C.\*\*

Pais-Ribeiro, J. L.\*\*\*

---

\* Este estudo insere-se num projecto de investigação em curso no programa doutoral em Psicologia, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia no âmbito do programa PROTEC.

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto; email: almeidamc@esenf.pt

\*\*\* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Professor Associado com agregação; e-mail: jlpr@fpce.up.pt

## RESUMO

Este trabalho descreve a adaptação da “Empowerment Scale” (Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean; 1997), numa amostra de conveniência constituída por 532 adultos saudáveis, com idade média de 37 anos (entre os 18 e 64 anos), 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino.

Usamos dois instrumentos de avaliação: Questionário Sócio-demográfico e Escala de Empowerment (EE).

Para avaliar as propriedades psicométricas da escala usamos a análise factorial e da consistência interna. A escala apresenta adequada consistência interna, com valores mais baixos para as cinco subescalas. A análise factorial com os cinco factores, que explicam 45,5% da variância no nosso estudo, apresenta uma estrutura ligeiramente diferente do modelo proposto na versão original.

Os resultados suportam a adequação do valor global da escala no estudo do empowerment na população portuguesa, mas a estrutura das subescalas carece de uma análise mais detalhada.

**Palavras-chave:** empowerment, validação de escalas

## ABSTRACT

This paper presents a Portuguese adaptation of the “Empowerment Scale” (Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean; 1997) in a convenience sample of healthy adults ( $n = 532$ ), with an average of 37 years of age (between 18 and 64), 60% female and 40% male.

We used two evaluation instruments: Sociodemographic Questionnaire and Empowerment Scale (ES).

In order to evaluate scale psychometric properties we used factorial analysis and the internal consistency. The scale demonstrated adequate internal consistency, with lower values for the five subscales. The factorial analysis with five factors, that explain 45,5% of variance in this study, presents a slightly different structure when compared with the proposed model in the original version.

The results support the adequacy of the total scale score in the study of empowerment in Portuguese population; nevertheless, the subscales structure needs a more detailed analysis.

**Keywords:** empowerment, scales validation

## INTRODUÇÃO

Em 1990, na Carta de Otawa, o empowerment é considerado o objectivo central na teoria da promoção da saúde. O empowerment é um processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde (WHO, 1998). É um conceito com diferentes níveis: individual ou psicológico, organizacional e comunitário (Fetterman & Wandersman, 2007; Rappaport, 1987; Zimmerman, 1990; Zimmerman, 1995).

Tengland (2007) define empowerment psicológico como um conjunto de características ou recursos internos individuais que incluem: auto-estima, auto-confiança e auto-eficácia, autonomia e conhecimento. O mesmo autor considera que promover o empowerment leva a uma melhoria da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades.

Rogers, Chamberlein, Ellison e Crean (1997) criaram uma escala para avaliar o empowerment enquanto constructo individual, cujos resultados apontam para cinco dimensões principais que definem empowerment: auto-estima e auto-confiança, poder actual, activismo comunitário, optimismo e controlo face ao futuro, e ira ou indignação justificada. Em 1999, Wowra e McCarter, replicam o estudo de validação considerando que a escala apresenta boa consistência interna e validade factorial.

No presente estudo analisa-se a Escala de Empowerment em termos de estrutura factorial e fidelidade (consistência interna), a fim de adaptar o instrumento para a população portuguesa.

## MÉTODOS

### *Participantes*

Participaram no estudo 532 indivíduos da comunidade, formando uma amostra de conveniência, de adultos saudáveis, com idade média de 37 anos (entre os 18 e os 64 anos), 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino.

### *Instrumentos*

Questionário Sócio-demográfico e Empowerment Scale de Rogers et al. (1997).

A Escala de Empowerment é constituída por 28 itens, pretendendo avaliar os sentimentos subjectivos de empowerment, numa escala tipo Likert de 4 pontos, a variar entre 1 “concordo fortemente” a 4 “discordo fortemente”, subdividindo-se em cinco subescalas: auto-estima ou auto-eficácia (9 itens), poder (8 itens), activismo comunitário e autonomia (6 itens), optimismo e controlo face ao futuro (4 itens) e indignação justificada (4 itens). O score total da escala é calculado a partir da média das respostas aos 28 itens, e o score das subescalas resulta da média dos itens que as constituem. Utilizamos a versão da escala já submetida ao processo de tradução e adaptação à língua portuguesa por Pais-Ribeiro (comunicação pessoal, Março 2009).

### *Procedimentos*

Os participantes foram contactados pessoalmente, sendo solicitada a sua colaboração no preenchimento do instrumento de colheita de dados, após explicada a finalidade do estudo e garantida a confidencialidade das declarações. A recolha de dados ocorreu entre Janeiro a Abril 2010.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos dados foi efectuada a partir do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 18.0).

A média das respostas à Escala de Empowerment, foi de 2,96 (DP = 0,23), variando de 2,36 a 3,75 (numa escala

de 1 a 4 pontos), com os valores mais elevados a indicar maior nível de empowerment. No estudo de Rogers et al. (1997) a média foi de 2,94 (DP = 0,32) e no estudo de Wowra e McCarter 2,74 (DP = 0,34).

Para a análise da fidelidade calculamos o valor de alpha de cronbach: 0,79 (N = 532), para a escala global. A análise das subescalas resultou nos seguintes valores de alpha: auto-estima 0,85; poder 0,42; activismo comunitário 0,67; optimismo 0,44; indignação 0,46. Verificamos ainda que a correlação de cada item com a sua subescala foi sempre superior à do valor de correlação com as outras subescalas. O valor mais elevado foi 0,75, correspondente ao item 5 na subescala auto-estima. O valor mais reduzido foi 0,40 correspondente ao item 10 e 17 na subescala poder.

Submetemos os 28 itens da Escala de Empowerment à análise factorial utilizando a técnica de análise de componentes principais com os cinco factores propostos no estudo original e o método de rotação varimax. O valor Kaiser-Meyer-Olkin foi de 0,86 e o teste de esfericidade de Bartlett traduz significância estatística (,000), os cinco factores explicam 45,5% da variância. Os dois primeiros factores evidenciam-se face aos restantes, com eigenvalue de 6,15 e 2,00, e explicam 22,0% e 7,7% da variância, respectivamente. No estudo de Rogers et al. (1997) os cinco factores explicavam 54% da variância. Após rotação, procurando determinar os factores por itens com carga factorial superior a 0,30 verificamos uma distribuição dos itens, pelos cinco factores, nem sempre coincidente com os resultados do estudo supracitado.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os participantes apresentam um valor elevado de empowerment, com o valor da média ligeiramente mais elevado que os valores encontrados no estudo de Rogers et al. (1997) e de Wowra e McCarter (1999).

A escala apresenta uma consistência interna adequada e de acordo com a literatura, adoptando o valor limite de correlação 0,40 os itens satisfazem o critério de convergência. Os valores de alpha encontrados para as cinco subescalas são satisfatórios tendo em conta o tipo de escala e número de itens, mas ligeiramente inferiores quando comparados com os valores referidos noutros estudos (Wowra e MacCarter, 1999; Rogers et al., 1997)

Tendo em conta as diferenças na estrutura factorial da escala no nosso estudo, em relação ao modelo apresentado por Rogers et al. (1997) e confirmado por Wowra e MacCarter (1999), parece-nos que o valor global da escala permite a análise do empowerment, mas não encontramos suporte para o modelo dos cinco factores. Atendendo também aos valores de alpha para as subescalas, propomos uma nova revisão do instrumento a fim de avaliar a possível remoção de alguns itens de forma a determinar uma estrutura factorial mais robusta.

## CONCLUSÕES

Dada a importância do empowerment na promoção da saúde e a necessidade de proceder à sua avaliação, procuramos analisar as propriedades psicométricas da Escala de Empowerment. Pela análise efectuada o valor global da escala é adequado para o estudo do empowerment na nossa população, mas o valor das subescalas dão um contributo fraco na análise desse constructo. A consistência interna é satisfatória, no entanto, a validade factorial não está totalmente assegurada, sendo por isso necessário um estudo estatístico mais aprofundado, a fim de melhor adequar a utilização da Escala de Empowerment na população portuguesa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FETTERMAN, David; WANDERSMAN, Abraham . Empowerment Evaluation. Yesterday, Today and Tomorrow. *American Journal of Evaluation*. Vol. 28, n.º 2 (2007), p. 179-198.

RAPPAPORT, Julian. Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory of Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 15 , n.º 2 (1987), p. 121-148.

ROGERS, Sally E. ; CHAMBERLEIN, Judi ; ELLISON, Marsha L. ; CREAM, Tim . A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment among Users of Mental Health Services. *Psychiatric Services*. Vol. 48, n.º 8, (1997), p. 1042-1047.

TENGLAND, Per-Anders . Empowerment: A goal or a means for health promotion? *Medicine, Health Care and Philosophy*. Vol. 10, n.º 2 (2007), p. 197-207.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Promotion Glossary*. Genève: WHO, 1998.

WOWRA, Scott A.; MCCARTER, Robert. Validation of the Empowerment Scale on Outpatient Mental Health Population. *Psychiatric Services*. Vol. 50, n.º 7 (1999), p. 959-961.

ZIMMERMAN, Mark A.. Taking Aim on Empowerment Research: On the Distinction Between Individual and Psychological Conceptions. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 18, n.º 1 (1990), p. 169-177.

ZIMMERMAN, Mark. Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 23, n.º 5 (1995), p. 581-599.

# COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS E PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DO ENSINO\*

Almeida, M. C.\*\*

Pais-Ribeiro, J. L.\*\*\*

---

\* Este estudo insere-se num projecto de investigação em curso no programa doutoral em Psicologia, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia no âmbito do programa PROTEC.

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto; e-mail: almeidamc@esenf.pt

\*\*\* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Professor Associado com agregação; e-mail: jlpr@fpce.up.pt

## RESUMO

O comportamento das pessoas, em relação à prática de exercício físico e hábitos alimentares, tem implicações na prevenção das doenças e na promoção da saúde. O objectivo do estudo foi investigar a relação entre dois comportamentos de saúde (alimentação saudável e prática de exercício físico) e a percepção do estado de saúde, no seu componente físico e componente mental.

Participaram no estudo 339 indivíduos, com idade média de 36 anos (entre os 23 e 60 anos), 69,9% do sexo feminino e 30,1% do sexo masculino. É uma amostra de conveniência, constituída por profissionais de saúde (57,5%) e professores (42,5%).

Usamos três instrumentos de avaliação: um Questionário Sociodemográfico e de Actividade Física, um Questionário de Hábitos Alimentares e um Questionário de Percepção do Estado de Saúde (SF-12).

Os resultados indicam que os hábitos alimentares e a actividade física não atingem os níveis preconizados para alcançar os melhores ganhos em saúde. Verifica-se uma associação positiva entre os hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercício físico, bem como uma associação positiva entre a prática de exercício e uma melhor percepção do estado de saúde, no componente físico e no componente mental. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos profissionais.

**Palavras-chave:** comportamentos de saúde; exercício físico; hábitos alimentares; percepção do estado de saúde

## ABSTRACT

People's behavior regarding physical exercise and eating habits has implications in disease prevention and health promotion. The aim of the present study was to investigate the relationship between two health behaviors (healthy diet and physical exercise practice) and health perception, in both physical and mental components.

The study includes 339 individuals, with an average of 36 years of age (between the age of 20 and 60), 69,9% female and 30,1% male. It is a convenience sample, consisting of health professionals (57,5%) and teachers (42,5%).

We used three evaluation instruments: Sociodemographic and Physical Activity Questionnaire, an Eating Habits Questionnaire and a Health Perception Questionnaire (SF-12).

The results indicated that eating habits and physical activity do not reach the levels recommended to achieve the best gains in health. We found a positive association between healthy eating habits and physical exercise practice, as well as a positive association between physical exercise and a better perception of health status, both in the physical and mental components. There were no statistically significant differences between the two professional groups.

**Keywords:** health behavior; physical exercise; eating habits; health perception

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a alimentação saudável e a actividade física fundamentais na promoção da saúde ao longo do ciclo de vida. A inactividade física e os erros alimentares são os maiores factores de risco para as doenças crónicas dos países desenvolvidos, entre as quais, a diabetes, as doenças cardiovasculares e certos tipos de cancro (WHO, 2002).

Reconhecendo o valor, mas também as limitações, das evidências e das práticas actuais, há necessidade de desenvolver investigação no sentido de encontrar novas estratégias de promoção de comportamentos saudáveis.

Atendendo a que, a alteração destes comportamentos envolve processos complexos e dinâmicos, um primeiro passo será conhecer a realidade, na nossa sociedade, pelo que, nos propusemos desenvolver um estudo exploratório com o objectivo geral de investigar a relação entre hábitos alimentares saudáveis/exercício físico e a percepção do estado de saúde no seu componente físico e mental.

Foram objectivos específicos do estudo:

- a) Conhecer os hábitos alimentares e a prática de exercício físico/desporto.
- b) Avaliar a percepção do estado de saúde no seu componente físico e mental.
- c) Analisar as relações entre as principais variáveis do estudo (hábitos alimentares, exercício físico, saúde física e saúde mental).
- d) Examinar a influência das variáveis individuais (idade, sexo e profissão) nos hábitos alimentares, exercício físico e percepção do estado de saúde (no seu componente físico e mental).

## MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo e transversal. Consideramos dois grupos de variáveis, as variáveis principais: hábitos alimentares, exercício físico, saúde física e saúde mental; e as variáveis secundárias: idade, sexo e profissão.

### *Participantes*

Amostra de conveniência, constituída por 339 participantes da comunidade, com idade média de 36 anos (entre os 23 e 60 anos), 69,9% do sexo feminino e 30,1% do sexo masculino, constituindo dois grupos distintos: 57,5% profissionais de saúde e 42,5% professores (desde o nível pré-escolar ao ensino secundário).

### *Instrumentos*

Questionário Sócio-demográfico e de Actividade Física, que inclui questões sobre a idade, sexo, profissão e prática de exercício físico e/ou desporto.

Questionário de Hábitos Alimentares (QHA), que avalia os hábitos alimentares dos participantes relativamente

ao consumo de frutas, vegetais, açúcares, gorduras, sal, refrigerantes e álcool. Inclui oito itens, com respostas que variam numa escala de Likert de cinco pontos, de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente), em que os participantes apontam a frequência com que consomem determinado alimento ou categoria de alimento. O resultado obtém-se pela média dos oito itens.

Questionário de Percepção do Estado de Saúde (SF-12), constituído por 12 itens que se agrupam em dois componentes: componente físico (6 itens) e componente mental (6 itens).

### *Procedimentos*

Formalizamos o pedido de autorização para proceder à colheita de dados numa instituição de saúde, numa instituição de ensino de enfermagem e em dois agrupamentos de escolas. Posteriormente contactamos pessoalmente os participantes a quem solicitamos colaboração, após explicada a finalidade do estudo e garantida a confidencialidade e anonimato das declarações. A recolha de dados ocorreu entre Janeiro a Abril 2010.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos dados foi efectuada a partir do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 18.0). Usamos a estatística descritiva, análise de correlação para estudar a associação entre variáveis e análises de variância para estudar diferenças entre grupos.

### *Prática de exercício/desporto*

Apenas 32,1% dos participantes refere uma prática de exercício físico/desporto regular, igual ou superior a 30 minutos diários, 24,5% referem praticar mas não atingem os 30 minutos diários, os restantes 43,4% não referem qualquer prática.

### *Hábitos alimentares*

Os participantes apresentam um valor da média para os hábitos alimentares saudáveis de médio-elevado ( $M = 3,89$ ,  $DP = 0,60$ ), considerando uma escala com valor mínimo de 1 e valor máximo de 5.

As escolhas alimentares que mais se aproximam da frequência preconizada para uma alimentação saudável são: a abstenção de álcool (54,0% dos participantes), consumo de frutas (44,8%) e consumo de vegetais (44,2%). A redução do consumo de gorduras (19,8%) e de açúcares (12,4%), foram as opções com as frequências mais reduzidas.

Os participantes do sexo feminino ( $M = 3,99$ ,  $DP = 0,56$ ) apresentam hábitos alimentares significativamente mais saudáveis ( $t(337) = 4,85$ ,  $p = 0,000$ ), do que os participantes do sexo masculino ( $M = 3,66$ ,  $DP = 0,62$ ).

### *Percepção do estado de saúde*

Em relação à percepção do estado de saúde, entre um valor mínimo de 0 e máximo de 100, os resultados da média são médio-elevados, tal como se verifica na inspecção da tabela 1.

Tabela 1 – Valor da média e desvio-padrão para a percepção do estado de saúde (componente físico e mental)

Variável	M	DP	N
Componente físico	75,90	13,87	339
Componente mental	68,74	18,19	339

Comparando os grupos, verificaram-se diferenças significativas para o sexo relativamente ao componente físico ( $t(263) = 4,11, p = 0,000$ ) e componente mental ( $t(263) = 7,85, p = 0,000$ ), com as médias mais elevadas para o sexo masculino.

Embora a associação entre a percepção da saúde física e os hábitos alimentares tenha significado estatístico, o valor de correlação de Pearson foi muito baixo ( $r = 0,179$ ). Entre os hábitos alimentares e a percepção da saúde mental não se verificou qualquer associação.

Ainda em relação à percepção do estado de saúde, os participantes que referem praticar exercício/desporto têm uma percepção do estado de saúde significativamente melhor que os não praticantes, para o componente físico ( $t(262) = 4,18, p = 0,000$ ) e para o componente mental ( $t(290) = 4,86, p = 0,000$ ).

Em relação à alimentação saudável, os participantes que praticam exercício/desporto, apresentam hábitos significativamente mais saudáveis que os participantes que não praticam ( $t(337) = 3,01, p = 0,003$ ).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais de saúde e os professores em relação aos hábitos alimentares, prática de exercício/desporto e percepção do estado de saúde. E o mesmo aconteceu para a idade.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados revelam que a prática de exercício físico/desporto e os hábitos alimentares dos participantes não atingiu o nível preconizado pelas entidades nacionais e internacionais, apesar de a amostra contemplar apenas dois grupos profissionais que dominam conhecimentos na área da educação para a saúde, e por isso, à partida, mais bem preparados para adoptar comportamentos saudáveis.

É de realçar a baixa percentagem de participantes que consomem fruta e vegetais nas quantidades recomendadas no sentido da prevenção do cancro, doenças crónicas e degenerativas (WHO, 2004; DGS, 2005). O baixo consumo de frutas e vegetais também é referido num estudo no Brasil (Neutzling, Rombaldi, Azevedo, e Hallal, 2009).

Os resultados do nosso estudo, relativamente aos hábitos alimentares, vão de encontro à informação lançada para a comunicação social pelo Instituto Nacional de Estatística Português (INE) em 30 Novembro 2010, sobre o resultado da “Balança Alimentar 2003-2008”, alertando para os desequilíbrios da dieta alimentar portuguesa que se vêm a acentuar, afastando-se das boas práticas nutricionais.

As mulheres apresentam hábitos alimentares mais saudáveis que os homens, estes resultados podem encontrar explicação no processo de socialização feminina mais marcado pela valorização dos comportamentos de saúde (Schraiber, Gomes, e Couto, 2005).

Destaca-se a baixa percentagem de participantes (32,1%) que praticam exercício físico por um período igual ou superior a 30 minutos por dia, tempo necessário para obter benefícios de protecção da saúde (WHO, 2004). Petroski e Oliveira (2008), também referem a baixa prática de actividade física no seu estudo com professores universitários.

Os indivíduos do sexo masculino apresentam uma melhor percepção do estado de saúde (no componente físico e no componente mental), o que vai de encontro aos resultados referidos no estudo de adaptação do questionário de percepção do estado de saúde para a população portuguesa e em vários estudos internacionais (Ribeiro, 2005).

Também apresentam melhor percepção do estado de saúde os indivíduos que praticam exercício físico regularmente, o mesmo resultado foi encontrado no estudo realizado por Myint et al. (2007) e a OMS ao lançar “The Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health” alerta para as evidências dos benefícios da actividade física em termos da saúde física e saúde mental (WHO, 2004).

A profissão dos participantes, segundo os resultados encontrados, não parece ter influência sobre as principais variáveis do estudo (hábitos alimentares, exercício físico, percepção da saúde física e percepção da saúde mental). Apesar de constituírem dois grupos profissionais diferentes, os participantes apresentam em comum um nível de escolaridade elevado (são todos licenciados) e o domínio de conhecimentos no âmbito da educação para a saúde, pois esses conhecimentos são necessários na sua prática profissional. No entanto, sabemos que nem sempre o nível de conhecimentos acompanha a adopção de comportamentos de saúde, facto que se verifica neste estudo em relação à prática de exercício físico e alimentação saudável, que não atinge os níveis desejados para obter os melhores ganhos em saúde.

## CONCLUSÕES

Apesar do estudo constituir um primeiro contacto exploratório acerca de dois comportamentos de saúde e a percepção do estado de saúde, os resultados vêm suportar as recomendações de aumentar a prevalência de factores protectores da saúde, como a actividade física e a opção por uma alimentação saudável.

Este contacto inicial com a realidade da nossa população faz emergir a necessidade de novos estudos que permitam um conhecimento mais aprofundado das opções comportamentais relacionadas com a alimentação e o exercício físico, bem como, os factores que influenciam a sua adopção, no sentido de identificar estratégias de intervenção promotoras de estilos de vida mais saudáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa: DGS, 2005.

MYINT, Phyo K.; SURTEES Paul G.; WAINWRIGHT, Nicolas W.; WAREHAM, Nicolas J.; BINGHAM, Sheila A.; LUBEN, Robert N.; WELCH, Alisa A.; SMITH, Richard D.; HARVEY, Ian M.; KHAW, Kay-Tee. Modifiable lifestyle behaviors and functional health in the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC)-Norfolk population study. *Preventive Medicine*. Vol. 44 (2007), p. 109-116.

NEUTZLING, Marilda B.; ROMBALDI, Airton J.; AZEVEDO, Mario R.; HALLAL, Pedro. Factores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade do sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 25, n.º 11 (2009), p. 2365-2374.

PETROSKI, Edio L.; OLIVEIRA, Marcelle. Atividade física de lazer e estágios de mudança de comportamento em professores universitários. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. Vol. 8, n.º 2 (2008), p. 209-218.

RIBEIRO, José Luis Pais. *O Importante é a Saúde – Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36*. Porto: Merck Sharp & Dohma, 2005.

SCHRAIBER, Lília B.; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e Saúde na pauta da Saúde Colectiva. *Ciências e Saúde Colectiva*. Vol. 10, n.º 1 (2005), p. 7-17.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report – Reducing Risks, Promoting Healthy Lives*. Geneva: WHO, 2002.

# FACTORES QUE CONDICIONAM A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Lourenço, M.\*  
Sousa, P.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto; e-mail: marisa@esenf.pt

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador; e-mail: paulino@esenf.pt

## RESUMO

O objectivo deste estudo foi identificar os factores que condicionam a reconstrução da autonomia no autocuidado após um evento gerador de dependência. Os dados foram colhidos por intermédio de entrevistas semi-estruturadas, em Outubro de 2010. Foram entrevistadas 13 pessoas no domicílio que já tinham estado internadas numa unidade de convalescença da rede nacional de cuidados continuados na área do grande Porto e que aceitaram participar voluntariamente no estudo, com idades compreendidas entre os 50 e os 75, sendo 8 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Os dados foram organizados através do Nvivo7 e analisados segundo o método de codificação descritos por Strauss e Corbin (1998, 2008). Tendo emergido como categorias de maior nível de abrangência: capacidade funcional; consciencialização; respostas do domínio psicológico à situação de dependência; falta de acesso à informação; conhecimento adquirido com experiências anteriores; percepção da mudança/diferença; dor; pessoas significativas; potencialidade do domicílio; processo patológico e intervenções dos prestadores de cuidados de saúde.

A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência é influenciada por factores intrínsecos e extrínsecos à pessoa, que podem ser facilitadores ou inibidores no processo de mudança.

**Palavras-chave:** autocuidado; autonomia; dependência; enfermagem.

## ABSTRACT

The purpose of this study was to identify some factors that determine the recovery process of the autonomy of the person that is self care dependent. Data was collected by semi-structured interviews, October 2010. Participants are thirteen home-dwelling persons, discharged of a unit to promote autonomy in Porto, aged 50-75 years; five were male and eight female. Participants had been hospitalized from 30 to 45 days in the unit for recovery of autonomy in activities of daily living. All participants agreed to participate in the study voluntarily. The data was organized by Nvivo7 and analyzed by the method of coding described by Strauss and Corbin (1998, 2008). The results were the highest-level categories: physical functioning, responses to the psychological state of dependency, lack of information, knowledge from experience; perception of change, process familiar; ability of home; interventions by health caregiver. The reconstruction of autonomy is influenced by factors intrinsic and extrinsic to the person, facilitators or inhibitors to change.

**Keywords:** self care; autonomy; dependence; nursing.

## INTRODUÇÃO

O momento inovador vivenciado com a Rede Nacional de Cuidados prescreve uma nova e diferenciada concepção ao nível dos cuidados com um aumento de interesse pelo domínio da promoção da autonomia no âmbito do autocuidado, situando as pessoas e as suas famílias no centro do atendimento, evidenciando alguns dos seguintes princípios:

- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência;

- Definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.

Promover autonomia da pessoa no âmbito do autocuidado é promover a saúde pois a capacidade para o autocuidado está intimamente ligada com a saúde, sendo considerado como o factor que mais contribui para que as pessoas possam viver nas suas casas. Viver no domicílio é o indicador de qualidade de vida menos dispendioso para qualquer Serviço Nacional de Saúde, sendo um aspecto cada vez mais valorizado ao nível das políticas de saúde. Ao otimizar o autocuidado estamos a promover a qualidade de vida das pessoas, a aumentar a satisfação e por essa via a diminuir o recurso aos serviços de saúde. Apoiar no autocuidado implica aumentar a capacidade, a confiança e a auto-eficácia das pessoas (Backman e Hentinen, 1999; Soderhamn, 2000; Department of Health, 2006).

O presente estudo é parte integrante de um projecto que emerge de um percurso de Investigação-Ação, centrado na “Promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: Que modelo de cuidados?”; que está a ser desenvolvido no contexto de uma Unidade de Convalescença, e tem como principal finalidade, projectar conjuntamente com os enfermeiros que trabalham no contexto desta unidade, um modelo de intervenção promotor da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, capaz de a reintegrar no seio familiar e social.

Identificar “os factores condicionantes no processo de reconstrução da autonomia para o autocuidado, percebidos pelos clientes internados na unidade de convalescença” é uma das estratégias projectadas para dar resposta à primeira de quatro fases que compõem o referido projecto, dado que, consideramos imperativo compreender do ponto de vista empírico, os aspectos que influenciam a eficácia no processo adaptativo face à incapacidade/dificuldade no autocuidado, e a sua evolução para a independência na dimensão intrínseca ao sujeito. E ainda, acreditando, que o reconhecimento desses factores, por parte do enfermeiro, será um contributo de modo a objectivar a sua tomada de decisão relativamente à escolha do diagnóstico e respectiva intervenção; à quantificação dos progressos; ao estabelecimento de novas prioridades e na avaliação da efectividade do programa.

A literatura refere o autocuidado como sendo um conceito situacional e cultural; envolvendo a capacidade de agir e tomar decisões; sendo influenciado pelo conhecimento, nível educacional, competências, valores, motivação, atitudes; o ambiente físico e sociocultural; o tempo; os recursos económicos; a percepção sobre o controlo individual de saúde; a informação; o locus de controlo; a auto-eficácia e auto-conceito; o status psicológico, a co-morbilidade, a etnia, a satisfação com os cuidados, e as crenças de saúde (Gantz, 1990; Proot, I, 1999, 2000, 2002, 2007; Jaarsma et al, 2000; Wydra, 2001; Backman e Hentinen, 1999, 2001; Sacco- Peterson e Borell, 2004; Pereira, R., 2008).

Pelo que, pensar um modelo de cuidados processual e proactivo capaz de capacitar a pessoa dependente no contexto dos cuidados continuados, para o regresso a casa, potenciar e desenvolver competências cognitivas e técnicas nos doentes e/ou prestadores de cuidados de forma a estes serem capazes de auto regularem a sua condição de saúde dotando-os de recursos internos e externos que fomentem a continuidade dos cuidados, a qualidade de vida e a manutenção ou melhoria da sua condição de saúde, torna-se num desafio complexo e integral, sendo inevitável uma resposta interdisciplinar e multiprofissional no âmbito da saúde.

## METODOLOGIA

Face à problemática do estudo, a opção metodológica recai num estudo exploratório e descritivo, em que os dados qualitativos recolhidos foram organizados com o auxílio do software NVivo7, e analisados segundo o método de codificação descrito por Strauss e Corbin (1998, 2008), dividindo-se em três tipos de codificação: aberta, axial e selectiva.

### *Participantes*

Os participantes foram seleccionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Pessoa com alta da unidade de convalescença, onde está a decorrer o trabalho de investigação.
- Aceitar participar no estudo de forma voluntária
- Ter capacidade de interacção.
- Residir na área do grande Porto.

Após uma selecção prévia, através da base de dados informática do serviço de secretariado da unidade de convalescença, fizemos um primeiro contacto via telefone com as pessoas seleccionadas, onde nos identificamos e apresentamos de forma breve o objecto e a finalidade do estudo, tendo sido agendado um encontro no domicílio das pessoas, que cumpriam os critérios de inclusão definidos. Com a obtenção do consentimento informado, no momento agendado para a realização da entrevista os participantes passaram a ser incluídos no estudo.

Incluímos um total de 13 participantes que passamos a caracterizar: Sexo - oito participantes do sexo feminino e cinco do sexo masculino; Idade - cinco participantes no intervalo entre 50-55 anos, dois entre os 56-60 anos, um entre os 66-70 anos e cinco entre os 71-75 anos; Estado civil - cinco participantes casados, cinco viúvos; dois divorciados e um solteiro; Habilitações Literárias - um dos participantes não frequentou qualquer estabelecimento de ensino, sete dos participantes com o primeiro ciclo, dois dos participantes com o 1º ano do 2º ciclo, um participante com o segundo ciclo, um participante com o ensino secundário e um participante com o primeiro ano da licenciatura em economia; Diagnósticos médicos - cinco dos participantes com patologia do sistema osteomular, cinco com patologia do sistema circulatório (acidentes vasculares cerebrais), dois com diagnóstico de síndrome de desuso e um com neoplasia (meningioma); Pessoa com quem vive - oito dos participantes coabitam com o cônjuge ou companheiro, um com a irmã e quatro vivem sozinhos.

### *Instrumento de recolha de dados*

Utilizamos, como estratégia para a recolha de dados, a entrevista semi-estruturada, com definição prévia do tema central, dos objectivos e das perguntas orientadoras, tendo sido nossa aspiração que os participantes falassem livremente. Optamos por realizar audiografações das entrevistas, após devidamente autorizadas pelos participantes, garantindo desta forma a fiabilidade e validade da informação. Como método adicional, escolhemos as notas de campo, que reportam as observações de comportamentos considerados significativos durante a entrevista.

## Procedimentos

Após a recolha dos dados iniciámos a codificação dos mesmos, tendo presente que a codificação é “a operação através da qual os dados são quebrados, conceptualizados, e repostos juntos de modos novos” (Lopes, 2003; p. 68), utilizando o método de análise comparativa constante descrito por Strauss e Corbin (1998, 2008) que se divide em três tipos de codificação:

- Codificação Aberta - processo analítico, pelo qual, os conceitos são identificados e as suas propriedades e dimensões são descobertos.
- Codificação Axial - procedimento de codificação onde os dados fracturados na codificação aberta são reorganizados, desta vez já agrupados em categorias, onde são estabelecidas relações entre elas. Processo complexo que envolve o pensamento dedutivo e indutivo.
- Codificação Selectiva - depois de cumpridos todos os procedimentos de codificação anteriores, chegou o momento de integrar as categorias emergentes e suas relações numa categoria central, que como o nome indica possui os outros conceitos integrantes de estrutura teórica girando em seu torno, procurando dar resposta à problemática inicial.

Codificar os dados de acordo com aos autores referenciados, para além da descrição, coloca-nos num modo conceptual de análise. Pelo que, os resultados da presente categorização foram focalizados no modelo teórico das transições de Meleis et al, (2000) e no modelo teórico de Beckman e Hentinen (1999, 2000).

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Centra-se nos factores que condicionam o processo de reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado. Após o processo de categorização efectuado nomeamos como categorias de maior nível de abrangência: capacidade funcional; consciencialização; respostas no domínio psicológico à situação de dependência; recursos; falta de acesso à informação; conhecimento adquirido com experiências anteriores; percepção da mudança/diferença; dor; pessoas significativas; potencialidade do domicílio e intervenções dos prestadores de cuidados de saúde. Algumas destas categorias foram densificadas pelas subcategorias seguintes:

*Capacidade funcional* - capacidade para o banho, capacidade para se vestir, capacidade para se arranjar, capacidade para se alimentar, capacidade para andar, capacidade para se transferir, capacidade para desempenhar actividades de lazer e capacidade para uso do sanitário.

*Consciencialização* – consciencialização adequada e consciencialização inadequada

*Respostas do domínio das emoções face à dependência* - sofrimento, confiança, esperança, desespero, sentimento de impotência, tristeza, solidão e insegurança.

*Respostas do domínio das atitudes face à dependência* - envolvimento, força de vontade, atitude passiva, adaptação, vontade de viver, e crença religiosa.

*Recursos* - apoio social, terapia, tempo, internamento na unidade de convalescença, potencial do prestador de cuidados e produtos de apoio.

*Intervenções do prestador de cuidados de saúde* - elogiar, relacionar, encorajar, treinar, explicar, tranquilizar e instruir.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um dos critérios de selecção dos participantes foi terem estado internados numa unidade de convalescença, o que implica, de acordo com a definição desta valência de internamento, pertencente à rede nacional de cuidados continuados, serem portadores de dependência funcional. Relativamente ao fenómeno que rotulamos por **capacidade funcional**, todos os participantes o percebem, pela via da sua condição de dependência face às actividades de vida diária. Ficou claro, pela análise dos dados que “estar dependente nas actividades de vida diária” é considerado uma experiência geradora de grande nível de stress, sendo acompanhado por uma panóplia de sentimentos geradores de elevados níveis de vulnerabilidade e fragilidade, que segundo os participantes, podem por em causa a sua vontade de continuar a viver.

Tal como em Meleis et al (2000), também no nosso estudo a consciencialização por parte dos participantes, da sua condição de dependência física e subsequente incapacidade para o autocuidado foi considerada como essencial para dar início ao processo de mudança e para a definição do nível de envolvimento e volição dos participantes nesse mesmo processo. Desta forma os participantes que revelaram uma percepção distorcida da sua condição de saúde adquiriam comportamentos de resposta às suas necessidades de vida diária desajustadas ao seu potencial de autonomia, pondo em risco a sua condição de saúde. Outro aspecto que realça da análise dos dados é que todo este processo de consciencialização da realidade acerca da condição da pessoa parece variar ao longo do tempo e de pessoa para pessoa.

As **respostas do domínio psicológico face à dependência** foram consideradas pelos participantes como de grande influência no processo de reconstrução da autonomia. Salientando a **força de vontade**, a **vontade de viver** e o **envolvimento**, como atitudes reveladoras de uma força interior e um interesse pela vida, que leva a pessoa a envolver-se na situação vivenciada e atingir determinada meta. Estas atitudes surgem associadas sobretudo a causas do domínio pessoal, familiar e a **crenças religiosas** e constituem-se como um factor facilitador do processo de recuperação. Neste domínio salientamos ainda sentimentos de **tristeza**, **solidão**, **desespero**, **sentimento de impotência e insegurança** que surgem associados: à percepção da incapacidade e da dependência; à falta de visitas por parte dos familiares, sobretudo os que viviam sozinhos; à falta de informação por parte dos profissionais de saúde e a processos patológicos desenvolvidos durante o internamento, que desencadearam um novo internamento no hospital de agudos e, como nos referem “um voltar ao início”.

Os **recursos**, mais referidos pelos participantes como facilitadores do processo de recuperação foram os **produtos de apoio**. Os participantes reconhecem ganhos a nível da autonomia, nos diferentes domínios do autocuidado,

quando os prestadores de cuidados de saúde têm intervenções no âmbito do ensinar/instruir e treinar, com alguns dos produtos de apoio existentes na unidade de convalescença (barras laterais de apoio, elevador de sanita e auxiliares de marcha). O **internamento na unidade de convalescença** foi considerado também, pela maioria dos participantes como muito favorável no processo de recuperação, estes declaram, que as pessoas que usufruíram desta oportunidade, podem-na considerar como um privilégio. Associado ao tratamento diário com **fisioterapia** e às atitudes de disponibilidade, empatia e profissionalismo dos **prestadores de cuidados de saúde**.

O **tempo** de internamento é na maioria das entrevistas relatado como insuficiente, pois, os participantes consideram que o nível de dependência nas actividades de vida diária e nas actividades instrumentais de vida, no momento da alta, os tornam ainda, na maior parte dos casos, dependentes dos seus familiares, situação que seria minimizada se prorrogassem a alta. O **potencial do prestador de cuidados** é reconhecido como um recurso importante, na reintegração dos participantes no domicílio e na continuidade dos cuidados.

A **falta de acesso à informação** por parte dos profissionais de saúde emerge mormente associada: à condição de saúde e incapacidade funcional; à finalidade de transferência para a unidade de convalescença; ao tratamento proposto, e às vantagens na utilização de produtos de apoio. Os participantes consideram a falta de acesso à informação, um factor inibidor da consciencialização, do envolvimento e da motivação, características consideradas por Meleis et al (2000) como essenciais para que a transição ocorra. Em suma, parece não haver dúvidas, que intervenções no âmbito do informar por parte dos profissionais de saúde são essenciais para o sucesso do processo de reconstrução da autonomia da pessoa dependente.

**Intervenções dos prestadores de cuidados de saúde** no domínio do **incentivar, elogiar, tranquilizar, encorajar, explicar e treinar**, foram referenciadas pelos participantes como muito facilitadoras do processo de reconstrução da autonomia no autocuidado.

A **Potencialidade do domicílio**, que definimos como o estado do domicílio para receber a pessoa dependente no autocuidado, foi referido pelos participantes como um factor inibidor do processo de recuperação. Os relatos eram dirigidos no sentido, de que, as condições de treino para o regresso a casa no contexto da convalescença, têm poucas semelhanças com a realidade de alguns dos domicílios. A maioria dos participantes refere que esta situação se coloca sobretudo ao nível da capacidade para usar o sanitário; capacidade para tomar banho, capacidade para se transferir e capacidade para uso de cadeira de rodas.

**Percepção da mudança**, isto é, os participantes consideram que o sentir-se diferentes ou serem visto de forma diferente durante o tempo de internamento, relativamente ao potencial de autonomia para o autocuidado é um factor que influenciou o processo de recuperação, facilitando-o ou inibindo-o, consoante o efeito e o **significado** atribuído pela pessoa a essa mudança.

O **controlo da dor** durante o internamento na unidade de convalescença emerge como um factor inibidor do processo de recuperação, devido á ineficácia do mesmo.

## CONCLUSÃO

A reconstrução da autonomia para o autocuidado é uma experiência complexa e multidimensional, sujeita à influência de diversos factores. Podendo estes, serem intrínsecos e extrínsecos à pessoa e condicionarem o processo de mudança de forma facilitadora ou inibidora.

Concordamos com Meleis et al (2000), que os enfermeiros encontram-se muito bem posicionados para ajudar a pessoa, nos processos de mudança, ou seja a alcançarem melhores níveis de saúde, integrando as suas perspectivas. Para tal é necessário trabalhar em função dos objectivos da pessoa e com ela.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BACKMAN, K. e HENTINEN, M. - Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 30, n.º3 (1999), p. 564-572.
- BACKMAN, K. e HENTINEN, M. - Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 15 (2001), p. 195- 202.
- Department of Health. Self Care - A Real Choice. *Self Care Support - A practical option. Improving Care Improving lives*. In <http://www.ich.ucl.ac.uk/cypph/downloads/learning/Self-Care.RealChoice.pdf>.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP). Versão beta2*. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP). Versão 1.0*. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- JAARSMA, T; ABU-SAAD, H.; DRACUP, K.; HALFENS, R. - Self-care behaviour of patients with heart failure. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 14, n.º 2 (2000), p. 112-119.
- MELEIS, A. - *Theoretical Nursing Development et Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott, 2007.
- OREM, D. - *Nursing: concepts of practice* (4th ed.) St. Louis: Mosby, 1991.
- PROOT, I.; CREBOLDER, H.; HUIJER, A.; MEULEN, R. - Autonomy in the rehabilitation of stroke Patients in nursing homes. A concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 12 (1998), p.139-145.
- PROOT, I. - Autonomy in the care of stroke patients in nursing homes. *Nursing Ethics*. Vol. 8, n.º 1 (2001), p. 79-80.
- PROOT, I, HUIJER, H; JAM, J. - Autonomy in stroke rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*. Vol. 9, n.º 1 (2002), p. 36-50.
- SODERHAMN, O. - Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 7, n.º 4 (2000), p. 183-189.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. - *Pesquisa Qualitativa .Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*, 2º ed. São Paulo: Artmed, 2008.

# DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA DOS MÉDICOS

## ESTUDO DE UM CASO

Barros, A.S.B.\*  
Almeida, A.A.A.\*\*

---

\* Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde; Médica Interna do Ano Comum; e-mail: a17897@fcsaude.ubi.pt

\*\* Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas; Docente Universitária PhD Management; NECE (Unidade de I&D financiada pelo Programa de Financiamento Plurianual das Unidades de I&D da FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior). ; e-mail: aalmeida@ubi.pt

## RESUMO

**Introdução:** A qualidade dos serviços prestados pelas organizações relaciona-se directamente com a satisfação dos profissionais que a integram. Existe uma grande preocupação com a qualidade dos serviços prestados à população e o grau de satisfação do utente. No entanto, pouca atenção é dada à satisfação dos trabalhadores e à sua qualidade de vida, apesar de ser hoje conhecido que o bem-estar laboral influi na efectividade do trabalho.

**Objectivos:** Conhecer a percepção da qualidade de vida profissional (QVP) dos médicos do Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB); compreender os factores que a determinam; entender a situação actual como fonte de informação sobre a percepção da QVP global; propor estratégias para melhorar a qualidade de vida dos médicos.

**Materiais e Métodos:** Aplicou-se um questionário constituído por duas partes, a primeira englobava variáveis sócio-demográficas e laborais e a segunda correspondia ao Questionário de Qualidade de Vida Profissional Global Percebida (QVP-35) que consta de 35 questões e valoriza três dimensões, apoio directivo, sobrecarga no trabalho e motivação intrínseca.

**Resultados:** A média global da QVP foi de 6,20. No que consta às três dimensões globais, por ordem decrescente de pontuação, temos a motivação intrínseca (7,83), o apoio directivo (5,54) e a sobrecarga no trabalho (5,47). As três respostas com média superior foram “O meu trabalho é importante para a vida de outras pessoas” (8,91 IC a 95% de 8,62-9,20), “Sinto-me orgulhoso do meu trabalho” (8,47 IC a 95% de 8,07-8,87) e “Estou capacitado para fazer o meu actual trabalho” (8,36 IC a 95% de 7,98-8,74) e as três respostas com média inferior foram “Possibilidade de promoção” (3,02 IC a 95% de 2,38-3,66), “Tenho conflitos com outras pessoas do meu trabalho” (3,15 IC a 95% de 2,44-3,85) e “Desconforto físico no trabalho” (3,89 IC a 95% de 3,12-4,66).

**Discussão:** Não foram encontradas diferenças significativas em relação às variáveis sexo, serviço e departamento mas algumas diversidades baseiam-se na idade, no tempo de serviço e na presença de cargos de chefia e de realização ou não de urgências. A qualidade de vida global percebida pelos médicos do CHCB é “bastante boa”. Apesar da sobrecarga no trabalho, os médicos sentem motivação e apoio dos colegas para enfrentar as adversidades a que todos os dias são submetidos.

**Palavras-Chave:** Qualidade de vida profissional; médicos; QVP-35; satisfação profissional; CHCB.

## ABSTRACT

**Introduction:** The quality of services provided by organizations is directly related with the professionals' satisfaction being part of it. There is a big concern about quality of render services to the population and patient satisfaction grade. However, fewer attentions is given to workers' satisfaction and their life quality, although it is currently known that working well being influences the work effectivity.

**Objectives:** To assess the perceived professional quality of life (PQL) of “Centro Hospitalar da Cova da Beira”

(CHCB) physicians; to understand which factors influence in PQL variability; to understand the current situation as a font of information about global perceived PQL; to propose strategies to improve physicians quality of life.

**Material and Methods:** A questionnaire divided in two parts was applied, the first part with socio-demographic and working variables and the second corresponding to Professional Perceived Quality of Life Questionnaire (PQL-35) that consists of 35 questions and evaluate three dimensions: work support, workload and intrinsic motivation.

**Results:** Global PQL mean was 6,20. In respect to the three global dimensions, in a decreasing way of punctuations, we have intrinsic motivation (7,83), work support (5,54) and workload (5,47). The three answers with higher mean were “My job is important to others life’s” (8,91 CI of 95% of 8,62-9,20), “I feel proud of my job” (8,47 CI of 95% of 8,07-8,87) and “I am qualified to do my actual job” (8,36 CI of 95% of 7,98-8,74) and the three answers with lower mean were “Promotion possibility” (3,02 CI of 95% of 2,38-3,66), “I have conflicts with other people of my job” (3,15 CI of 95% of 2,44-3,85) and “Physic discomfort in my job” (3,89 CI of 95% of 3,12-4,66).

**Discussion:** We found no significant differences in relation to sex, service, and department but some diversities were found related to age, service time, presence of leadership charge and doing or not urgencies. The global quality of life of CHCB physicians perceived is “really good”. Besides workload, physicians feel motivation and support of the colleagues to face diary adversities.

**Keywords:** Professional quality of life; physicians; PQL- 35; professional satisfaction; CHCB.

## INTRODUÇÃO

Existe uma grande preocupação com a qualidade dos serviços prestados à população e o grau de satisfação do utente. (1) No entanto, pouca atenção é dada à satisfação dos trabalhadores e à sua qualidade de vida, apesar de ser hoje conhecido que o bem-estar laboral influi na efectividade do trabalho. (2-7) Os profissionais tendem a dar qualidade ao utente na mesma proporção que recebem da organização em que trabalham. (8) Deste modo, a qualidade de cuidados de saúde prestada pelo médico ao doente será tanto maior quanto aquela percebida por ele por parte da instituição onde trabalha.

Pretendeu-se com esta investigação, conhecer a percepção da QVP dos médicos do Hospital Pêro da Covilhã (HPC) do Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB) com a finalidade de propor linhas de actuação para a sua melhoria. Os objectivos específicos desta investigação foram: a) Conhecer a percepção da QVP dos médicos do HPC – CHCB; b) Compreender os factores que influem na variabilidade da QVP; c) Entender a situação actual como fonte de informação sobre a percepção da qualidade de vida profissional global; d) Propor estratégias para melhorar a qualidade de vida dos médicos.

Considerando os objectivos propostos, as hipóteses a testar foram:

- **Hipótese 1:** A QVP percebida pelos médicos no HPC – CHCB é percebida como boa.
- **Hipótese 2:** Existem diferenças a nível da percepção da QVP em relação às variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, ano de formação e faculdade de formação base).
- **Hipótese 3:** Existem diferenças a nível da percepção da QVP em relação às variáveis laborais (n.º de anos de serviço, departamento, serviço, categoria profissional, cargo de chefia, n.º de horas de trabalho e realização ou não de urgências).

## METODOLOGIA

Foi aplicado um questionário de escolha múltipla aos médicos que integram o HPC. Este era constituído por duas partes: a primeira correspondia aos dados de caracterização do médico, que englobava variáveis sócio-demográficas – sexo, idade, ano de formação e faculdade de formação base, bem como variáveis laborais – n.º de anos de serviço, departamento, serviço, categoria profissional, cargo de chefia, n.º de horas de trabalho e realização de urgências, que correspondem a um total de 11 perguntas; a segunda parte, correspondia ao Questionário de Qualidade de Vida Profissional Global Percebida (QVP-35). Este é um questionário que consta de 35 perguntas, respondidas numa escala quantitativa de 1 a 10. Valoriza três dimensões: apoio directivo, cargas no trabalho e motivação intrínseca e fornece uma medida sumária da percepção da QVP.

Os dados foram analisados recorrendo ao programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0. Consoante o tipo de variáveis, foi feita uma análise descritiva e uma análise de correlação, através da aplicação de vários testes (Kolmogorov-Smirnov, Pearson, Spearman, Mann-Whitney e Kruskal Wallis). Foi considerado, para todo o estudo, o valor de nível de significância,  $p < 0,05$ .

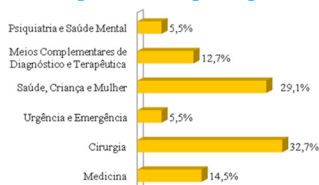
## ANÁLISE DOS RESULTADOS

### Organização do CHCB

O CHCB integra o HPC e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, situados na Covilhã, bem como o Hospital do Fundão, situado no Fundão. A área clínica e de apoio clínico deste Centro Hospitalar está organizada em departamentos, serviços e unidades, cada uma dirigida por um responsável próprio, num total de 6 departamentos e 38 serviços/unidades.

### Resultados das Variáveis

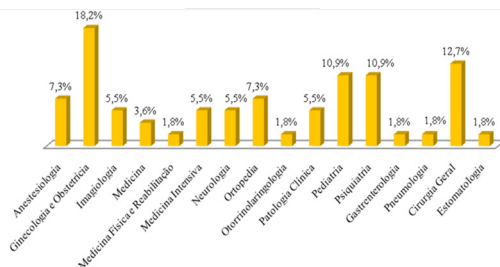
#### Gráfico 1 - Departamentos participantes



Dos 117 questionários entregues, 55 foram devolvidos, o que perfaz uma taxa de resposta de 47,0%. Começando por analisar as variáveis sócio-demográficas, verifica-se que a população médica é constituída maioritariamente por pessoas do sexo mascu-

lino (61,8%), com idades compreendidas entre os 24 e os 68 anos. No que respeita aos anos de formação, estes variam entre 1970 e 2009, contemplando anos de serviço desde 0 a 40. A maioria, 34,5%, provém da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Dos vários departamentos, os que mais participaram no estudo, foram os de cirurgia (32,7%) e o de saúde, criança e mulher (29,1%) (Gráfico 1).

Gráfico 2 - Serviços participantes (%)



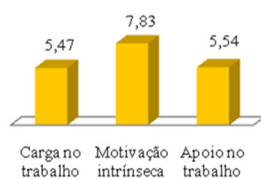
Respectivamente aos serviços, (Gráfico 2) aquele que apresenta maior percentagem de participantes é o de ginecologia e obstetrícia.

Em relação à categoria profissional, os médicos estão distribuídos pelas várias categorias, desde internos de ano comum a chefes de serviço. Apenas 36,4% dos inquiridos apresentam cargo de chefia, que engloba directores de unidade, de

serviço e de departamento.

Em relação às horas de trabalho semanais, contemplam desde um mínimo de 10 a um máximo de 52 horas, sendo que mais de metade dos médicos trabalham entre 40 a 42 horas por semana.

Gráfico 3 - Médias das dimensões



A grande maioria (80,0%) dos inquiridos realiza urgências, que vão desde 12 a 192 horas por mês.

No que diz respeito à análise do questionário QVP-35 (Tabela 1), no que consta às suas três dimensões globais, por ordem decrescente de pontuação das médias das respostas, temos a motivação intrínseca (7,83), apoio directivo (5,54) e por último a sobrecarga no trabalho (5,47) (Gráfico 3).

Tabela 1. Análise descritiva do questionário QVP-35 – Descrição da média, DP e IC

	N	Média	DP	IC a 95%
<b>SOBRECARGA NO TRABALHO</b>		5,47		
Quantidade de trabalho que tenho	55	7,93	1,844	7,43-8,43
Inquietação e ansiedade por falta de tempo para realizar o meu trabalho	55	6,13	2,396	5,48-6,78
Pressão que recebo para realizar a quantidade de trabalho que tenho	52	5,40	2,515	7,40-6,10
Pressão recebida para manter a qualidade do meu trabalho	51	4,51	2,572	3,79-5,23
Tenho conflitos com outras pessoas do meu trabalho	55	3,15	2,592	2,44-3,85
Falta de tempo para a minha vida pessoal	55	6,22	2,587	5,52-6,92
Desconforto físico no trabalho	55	3,89	2,846	3,12-4,66
Carga de responsabilidade	53	6,57	2,818	5,79-7,34
Interrupções incómodas	54	5,33	2,952	4,53-6,14
Stress (esforço emocional)	53	5,96	2,631	5,24-6,69
O meu trabalho tem consequências negativas para a minha saúde	52	5,10	2,569	4,38-5,81

<b>MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA</b>		<b>7,83</b>		
Satisfação com o tipo de trabalho	54	7,72	1,888	7,21-8,24
Motivação (vontade de esforçar-me)	55	7,60	2,199	7,01-8,19
Exige-se capacidade para realizar o meu trabalho	54	8,15	1,676	7,69-8,61
Apoio da minha família	55	7,73	2,112	7,16-8,30
Vontade de ser criativo	55	7,64	2,146	7,06-8,22
Estou capacitado para fazer o meu actual trabalho	55	8,36	1,406	7,98-8,74
O meu trabalho é importante para a vida de outras pessoas	54	8,91	1,069	8,62-9,20
Sinto-me orgulhoso do meu trabalho	53	8,47	1,449	8,07-8,87
O que tenho a fazer está bem claro	55	7,60	2,216	7,00-8,20
Apoio da minha equipa (enfermagem e auxiliar de acção médica)	53	7,40	2,307	6,76-8,03
<b>APOIO DIRECTIVO</b>		<b>5,54</b>		
Possibilidade de expressar o que sinto e necessito	55	6,56	2,463	5,90-7,23
Satisfação com o ordenado	55	5,07	2,693	4,34-5,80
Reconhecimento do meu esforço	55	5,15	2,422	4,49-5,80
Possibilidade de promoção	49	3,02	2,241	2,38-3,66
Apoio dos meus chefes e adjuntos	53	5,94	2,583	5,23-6,66
Apoio dos meus colegas	54	6,81	2,299	6,19-7,44
Recebo informação dos resultados do meu trabalho	54	5,31	2,711	4,57-6,05
A minha empresa empenha-se em melhorar a qualidade de vida do meu posto de trabalho	52	4,02	2,279	3,38-4,65
Tenho autonomia ou liberdade de decisão	55	6,47	2,433	5,81-7,13
Variedade no meu trabalho	55	7,00	2,194	6,41-7,59
Possibilidade de ser criativo	54	6,17	2,508	5,48-6,85
Se faço uma proposta é possível que seja ouvida	54	5,98	2,461	5,31-6,65
<b>QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA</b>		<b>53</b>	<b>6,09</b>	<b>2,012</b>
“DESLIGO QUANDO TERMINO O SERVIÇO”	54	4,39	2,851	3,61-5,17
<b>TOTAL</b>		<b>6,20</b>		

As três respostas com média superior são “O meu trabalho é importante para a vida de outras pessoas” (8,91 IC a 95% de 8,62-9,20), “Sinto-me orgulhoso do meu trabalho” (8,47 IC a 95% de 8,07-8,87) e “Estou capacitado para fazer o meu actual trabalho” (8,36 IC a 95% de 7,98-8,74) e as três respostas com média inferior são “Possibilidade de promoção” (3,02 IC a 95% de 2,38-3,66), “Tenho conflitos com outras pessoas do meu trabalho” (3,15 IC a 95% de 2,44-3,85) e “Desconforto físico no trabalho” (3,89 IC a 95% de 3,12-4,66). Dentro de cada dimensão, as respostas que mais contribuíram para a média geral dessas dimensões, são respectivamente “Quantidade de trabalho que tenho” (7,93 IC a 95% de 7,43-8,43), “O meu trabalho é importante para a vida de outras pessoas” (8,91 IC a 95% de 8,62-9,20) e “Variedade no meu trabalho” (7,00 IC a 95% de 6,41-7,59) para sobrecarga no trabalho, motivação intrínseca e apoio directivo. Em relação às que apresentam médias inferiores, temos respectivamente as respostas “Tenho conflitos com outras pessoas do meu trabalho” (3,15 IC a 95% de 2,44-3,85), “Apoio da minha equipa (enfermagem e auxiliar de acção médica)” (7,40 IC a 95% de 6,76-8,03) e “Possibilidade de promoção” (3,02 IC a 95% de 2,38-3,66).

Ao realizar a análise de correlação, foram encontradas relações significativas entre algumas variáveis sócio-demográficas e laborais e as respostas ao questionário QVP-35. Estas são discutidas seguidamente.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O tamanho da amostra foi de 55 médicos. Neste estudo, segundo o questionário QVP-35, os médicos têm uma percepção da qualidade de vida designada como “bastante boa”. A média global da QVP foi de 6,20; valor acima da média global de outros estudos. (2,3,9)

Analisando cada dimensão, verifica-se que os médicos declaram uma grande quantidade de trabalho, no entanto apontam também alguma variedade, denotando-se que são submetidos a tarefas pouco rotineiras ou monótonas, pelo que as desempenham com empenho e dedicação. Por outro lado, lamentam a falta de apoio da restante equipa de trabalho, embora não descrevam conflitos entre colegas. Assim, apesar da carga de trabalho a que estão submetidos e do pouco apoio dos outros membros da equipa, os médicos do HPC encontram na medicina uma forma de satisfação pessoal e sentem-se realizados, estando motivados e realizando o seu trabalho com prazer. Os médicos mais antigos apontam maior quantidade de trabalho e mais exigência para a sua realização. Por outro lado, sentem-se mais capacitados e mais seguros em relação aos mais novos, usufruindo de maior liberdade, autonomia e feedback em relação ao que fazem. São mais independentes mas sentem-se apoiados pela restante equipa de trabalho. Por outro lado, os mais novos sentem-se mais pressionados. Em relação ao sexo, tal como na maioria dos estudos (2,3,9,10) não foram encontradas diferenças relevantes.

Em relação à realização de urgências, verifica-se que os que não as realizam apontam maior clareza no que têm a fazer e por outro lado mais autonomia e liberdade de decisão. Um dado curioso refere-se ao facto de os médicos que realizam menos horas de urgência por mês se sentirem mais apoiados pelos colegas. Para além da grande carga de trabalho inerente, a privação do sono e a necessidade da toma de decisões imediatas faz da realização de urgências, a fracção mais desgastante e mais stressante do trabalho médico. Tal está de acordo com os resultados em relação ao número de horas de trabalho por semana, que revelam que quanto menos horas de trabalho por semana, melhor a clareza do que têm a fazer e melhor a possibilidade de expressar o que sentem e necessitam.

A maioria das perguntas que tiveram significado estatístico para a faculdade de formação base, apontam as Universidades de Lisboa com média mais alta, quer em relação à quantidade de trabalho e à exigência de capacidades para a sua realização, quer em relação à satisfação, à motivação, à clareza e à possibilidade de promoção. Em relação aos conflitos, os médicos que provêm de faculdades fora do país são os que mais os referem, sendo os ex-alunos da FCS-UBI os que revelam menos conflitos, menos possibilidade de promoção e menos autonomia. Não foram obtidos resultados estatisticamente significativos relevantes em relação ao departamento nem ao serviço.

Os médicos de categorias profissionais superiores, que pressupõem mais responsabilidades, referem sobretudo maiores cargas de trabalho enquanto os internos são os que referem menos. No entanto, são os internos que acham o seu esforço mais reconhecido e os assistentes hospitalares menos. Também em relação ao cargo de chefia este pressuposto é confirmado, evidenciando-se média superior em todas as questões com significado estatístico nos médicos que apresentam algum cargo de chefia. Destes, os directores de serviço e os directores de departamento são os que apresentam médias superiores, possivelmente por serem os cargos de topo. Por outro lado, os médicos com algum grau de qualificação também referem maior satisfação, motivação e autonomia, o que indica que o incentivo de medidas de responsabilidade nas equipas melhoraria a percepção da qualidade de vida.

## CONCLUSÕES

A QVP percebida pelos médicos do HPC é “bastante boa”. Apesar da sobrecarga no trabalho, os médicos sentem motivação e apoio dos colegas para enfrentar as adversidades a que todos os dias são submetidos, validando portanto a hipótese 1 que a QVP percebida pelos médicos no HPC – CHCB é percebida como boa. Não foram encontradas diferenças significativas em relação às variáveis sexo, serviço e departamento mas algumas diversidades baseiam-se na idade, no tempo de serviço e na presença de cargos de chefia e de realização ou não de urgências, confirmando parcialmente as hipóteses 2, que existem diferenças a nível da percepção da QVP em relação às variáveis sócio-demográficas e 3, que existem diferenças a nível da percepção da QVP em relação às variáveis laborais.

Constata-se que os médicos estão muito motivados e empenhados na consecução de um serviço de saúde de qualidade. Por outro lado, o número elevado de horas de urgências, o apoio da restante equipa (enfermagem e auxiliar de acção médica) e a insegurança dos mais novos são pontos a melhorar, e anotam que a redução da carga de trabalho e a criação de estratégias que visem a entajuda dos médicos e restante equipa, e também uma melhor integração dos mais novos, iria beneficiar a qualidade profissional dos médicos bem como a qualidade de serviços do HPC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JURADO VE, FIGUEROA CA – Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México*. Vol. 44, n.º 5 (2002).
2. MARTÍNEZ OF, SUÁREZ SM, CABRERA CH, GARCIA BG, TAPIA AM – Calidad de vida profesional de los médicos residentes. *Archivos de Medicina*. Vol. 3, n.º 1 (2007).
3. FERNÁNDEZ MA, CARBAJO AII, VIDAL AF – Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria*. Vol. 30, n.º 8 (2002), p.483-489.
4. ZAZZALI JM, ALEXANDER JA, SHORTELL SM, BURNS LR – *Organizational Culture and Physician Satisfaction with Dimensions of Group Practice*. Vol. 42, n.º3 (2007).
5. BOVIER PA, PERNEGER TV – Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of Public Health*. Vol. 13 (2003), p.299-305.
6. HOMBERGH P, KÜNZI B, ELWYN G, DOREMALEN J, AKKERMANS R, GROEL R, WENSING M – High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Services Research*. Vol. 9 (2009), p.118.
7. PATHMAN ED, KONRAD TR, WILLIAMS ES, SCHECKLER WE, LINZER M, DOUGLAS J – Physician Job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. *Journal of Family Practice*. Vol. 51 (2002), p. 7.
8. ARAQUE AME, JIMÉNEZ ESC, OLMO MIC – Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*. Vol. 3, n.º 1 (2007).

9. FERNÁNDEZ A, JIMÉNEZ SC, OLMO C – Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*. Vol. 3, n.º1 (2007).
10. FERNANDEZ JM, GASCON TG, LAGOS MB, RUBIO JAC, ASENJO AAM – Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in Primary Care. *BMC Health Services Research*. Vol. 7, n.º 101 (2007).

## A QUALIDADE DE VIDA NOS UTENTES DAS UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Granado, J.\*

Almeida, A.\*\*

---

\* Associação de Beneficência Popular de Gouveia - Unidade de Cuidados Continuados Integrados Nossa Senhora da Piedade; Enfermeiro Coordenador; Mestre em Gestão de Unidade de Saúde; e-mail: Joaogranado@abpg.pt

\*\* Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Docente Universitária; PhD Management; NECE (Unidade de I&D financiada pelo Programa de Financiamento Plurianual das Unidades de I&D da FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior); e-mail: aalmeida@ubi.pt

## RESUMO

A Rede Nacional de Cuidados Integrados é um projecto recente, tendo como objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Pretende avaliar a Percepção da Qualidade de Vida da pessoa com Doença Crónica Incapacitante e Dependente, e identificar os factores sócio demográficos, clínicos, psicológicos e situacionais que influenciam os domínios da qualidade de vida, da saúde mental e do suporte social dos utentes internados nas UMDR da Região Centro. Realizado um estudo quantitativo, não experimental, descritivo, analítico, correlacional, retrospectivo e transversal, incluindo os utentes internados em nove UMDR da região Centro de 01 de Dezembro 2009 a 28 de Fevereiro 2010, abrangendo o momento da admissão e/ou com pelo menos 60 dias de internamento. Os instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo foram, Questionário de caracterização sócio demográfica, Questionário do estado de saúde do Medical Outcomes Study, Escala de Satisfação com o Suporte Social e o Inventário de Saúde Mental.

A média da qualidade de vida global varia entre os momentos avaliativos (109,93 *versus* 118,91); a média da qualidade de saúde mental global (139,82 *versus* 138,94); a média da satisfação com o suporte social global (36,25 *versus* 36,50). A qualidade de vida global apresenta relação com as variáveis sócio demográficas (género, proveniência, coabitação, habilitações académicas), e variável situacional (suporte social). Em relação à qualidade de saúde mental global, verifica-se que esta apresenta relação com as variáveis sócio demográficas (género e coabitação), variável situacional (frequência de visitas) e tempo de internamento. Confirma-se que, as variáveis sócio demográficas (idade, rendimento mensal, situação profissional) influenciam a satisfação com o suporte social.

Palavras-chave: qualidade de vida relacionada com a saúde; saúde mental; suporte social; doença crónica; cuidados continuados integrados.

## ABSTRACT

The National Network of Integrated Care is a recent project, aimed at the integrated long-term care to people, that regardless of age, are in a situation of dependency.

Intends to assess the perception of the quality of life of dependent people with disabling chronic diseases, and identify the sociodemographic, clinical, psychological and situational factors influencing the domains of quality of life, mental health and social support for UMDR hospitalized users in the Central Region.

This is a quantitative, non experimental, descriptive, analytic, co relational, retrospective and transversal study. Patients with chronic diseases, admitted to nine UMDR the Central region from the 1<sup>st</sup> of December, 2009 to the 28<sup>th</sup> of February, 2010 were included, covering the time of admission and / or at least 60 days of hospitalization. The instruments for collecting data used in this study were a socio demographic questionnaire; a health status

questionnaire from the Medical Outcomes Study; the Satisfaction with Social Support Scale; and the Mental Health Inventory.

The overall quality of life average seems to vary between the times of evaluation (109.93 versus 118.91), the overall quality of mental health average (139.82 versus 138.94), and the average satisfaction with global social support (36.25 versus 36.50).

The overall quality of life is correlated with the social demographic variables (gender, origin, cohabitation, educational qualifications), and situational variable (social support). Regarding the quality of the overall mental health, it appears that this is correlated with the social demographic variables (gender and cohabitation), situational variable (frequency of visits) and time of admission. It is confirmed that the social demographic variables (age, monthly income, employment status) influence satisfaction with social support.

Keywords: quality of life related to health; mental health; social support; chronic illness; integrated continued care.

## INTRODUÇÃO

Os conceitos de bem-estar e qualidade de vida (QV) mudaram a partir de meados do século XX. Até aí significavam, apenas, acesso a bens materiais de primeira ordem relacionados com a habitação, a alimentação e a saúde. Actualmente, encontram-se também relacionados com dimensões menos tangíveis, definindo-se globalmente a qualidade de vida como um estado de bem-estar físico, material, mental e social.

De encontro ao contexto supracitado, Pimentel (2006, p.25) expressa que a qualidade de vida relacionada com a saúde *“é uma parte da qualidade de vida geral do indivíduo, e pode ser definida de uma forma simples, como constituída pelos componentes que representam a parte da qualidade de vida de um indivíduo relacionada com a saúde (doença e terapêutica), devendo abranger, no mínimo, os seguintes aspectos: sintomas produzidos pela doença ou tratamento, funcionalidade física, aspectos psicológicos, aspectos sociais, familiares, laborais e económicos”*.

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é actualmente um objectivo primordial de cada Ser Humano, surgindo como um conceito amplo que abrange diferentes dimensões: bem-estar físico, mental, material e social; percepção geral de saúde; contexto familiar e relações afectivas; condições socioeconómicas e acesso a bens materiais; funcionamento social e exercício de papel social; nível de funcionalidade, mobilidade e autonomia; relacionamentos interpessoais e amizades; apoio e integração social; desenvolvimento e realizações pessoais; competências cognitivas; actividades de lazer e ocupação de tempos livres; sentido de segurança e de dignidade pessoal.

Os cuidados de saúde adquirem então uma complexidade crescente, exigindo cada vez mais das equipas de saúde. Existe uma mudança profunda dentro das estruturas organizacionais da saúde que engloba não só a evolução tecnológica e novas filosofias de prestação dos cuidados, como também novas formas de gestão das doenças crónicas incapacitantes e dependentes.

No sentido de facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados que contribua para dar resposta coerente e integrada às pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) abrangendo unidades com diferentes tipologias.

Para a Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados (2009, p.72) a criação da RNCCI *“é prioridade comum no contexto europeu e internacional nos países mais desenvolvidos e com políticas públicas de apoio social e de saúde, que se enquadra no conceito definido pelo Conselho de Europa (1998) para a necessidade de atender e proteger a dependência”*.

Ao abordar e analisar a tríade, RNCCI, Doença Crónica Incapacitante e Dependente, e QVRS, expressa-se a opinião de que, com a aplicação e implementação de um programa de saúde visando a pessoa com dependência e monitorizando a sua qualidade de vida, consegue-se fazer uma gestão da doença crónica.

Assim, o tema escolhido para a realização deste estudo, prende-se em primeiro lugar com as inquietações que surgem enquanto profissional da saúde e, também, pela actualidade e pertinência que a problemática dos cuidados continuados recentemente implementada apresenta na vida das pessoas portadoras de doença crónica incapacitante e dependente.

Usufruir de cuidados de saúde de qualidade é algo a que o cidadão deve ter direito, e no qual se investe para garantir esse direito. Sendo os Cuidados Continuados um caminho futuro para a excelência na prestação de cuidados de saúde, o objectivo geral deste estudo de investigação, não deixaria de ser, senão – Avaliar a Percepção da Qualidade de Vida da pessoa com Doença Crónica Incapacitante e Dependente internada nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da região Centro.

## METODOLOGIA

Segundo Huot (2002, p.18) um método de investigação consiste num *“procedimento estruturado e rigoroso de aquisição de conhecimentos segundo certas etapas (partilhadas pela comunidade científica)”*. Pode-se recorrer a vários tipos de métodos, de entre os quais se destacam o descritivo, o correlacional, o diferencial e o experimental. A metodologia quantitativa tem como objectivo geral estudar o comportamento dos indivíduos, permitindo generalizar os resultados a partir de uma pequena amostra de indivíduos, no entanto não permite compreender em profundidade as unidades observadas devido ao contacto breve com a população e recolha superficial de informação.

Atendendo à problemática, optou-se por desenvolver um estudo quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional, retrospectivo e transversal. Portanto, pretende garantir a precisão dos resultados e evitar distorções; as variáveis não são manipuladas e procura garantir a sua validade interna; descreve, interpreta e analisa as relações entre as variáveis; a recolha de dados é feita ao longo do tempo e baseada em factos passados.

### Participantes

Este estudo será realizado na região Centro, distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu, nas Unidades de Média Duração e Reabilitação da RNCCI. Pretende englobar pessoas portadoras de Doença Crónica Incapacitante e Dependente internadas nesta tipologia de unidades.

Gauthier (2003, p.206) expressa que a população - alvo é um conjunto de indivíduos sobre os quais se pretende realizar um estudo, sendo essas pessoas sujeitas a uma investigação, ou seja, é “*um conjunto de unidades elementares sobre as quais recai a análise*”. A população - alvo deste estudo são os indivíduos com Doença Crónica Incapacitante e Dependente da região Centro, abrangendo seis distritos. Sendo assim, a base de sondagem da investigação são os indivíduos portadores de Doença Crónica Incapacitante e Dependente internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação de Cuidados Continuados da região Centro. Perante isto, pode-se dizer que a nossa amostra é constituída por 46 utentes, que estiveram internados entre os meses de Dezembro de 2009 e Fevereiro de 2010, nas Unidades de Média Duração e Reabilitação da região Centro.

### Instrumentos

As técnicas de amostragem podem-se agrupar em duas categorias: aleatórias e não aleatórias. No estudo em questão foi escolhida uma técnica não aleatória por conveniência; esta consiste na selecção dos indivíduos pelo facto de estarem a uma determinada hora num determinado local. Os elementos foram seleccionados por métodos não aleatórios, dado que nem todos os elementos da população possuem a mesma possibilidade de serem seleccionados, em virtude de apenas terem sido inquiridos os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação entre 01 Dezembro 2009 e 28 Fevereiro 2010, abrangendo o momento da admissão e/ou com 60 dias de internamento.

Para Pimentel (2006, p.99) os principais objectivos dos questionários de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde são “*avaliar o doente, o seu prognóstico, o impacto da terapêutica utilizada (...)*”. Desta forma, e após se ter definido e caracterizado a população a estudar, decidiu-se adoptar um instrumento que reunisse todas as características para avaliar os determinantes previamente seleccionados. Para que os objectivos deste estudo possam ser alcançados serão utilizados quatro instrumentos: o questionário Sócio Demográfico, o questionário do estado de saúde do Medical Outcomes Study, referido como SF-36, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e o Inventário de Saúde Mental, conhecido como MHI.

### Procedimentos

Para realizar esta investigação foi pedida autorização, por *email* ou carta, à Equipa Coordenadora Regional do Centro, na pessoa da Dr.<sup>a</sup> Maria José Hespanha. Também foi solicitada autorização e colaboração aos Directores Técnicos/ responsáveis de cada Unidade de Cuidados Continuados integrados.

A recolha de dados decorreu entre os dias 01 de Dezembro 2009 e 28 de Fevereiro 2010, sendo efectuada pelo investigador e colaboradores responsáveis em cada Unidade de Cuidados Continuados Integrados após os devidos esclarecimentos e instruções de preenchimento do respectivo instrumento de recolha de dados.

Todos os participantes foram informados dos objectivos do estudo, da garantia da confidencialidade e do acesso aos resultados, após o que forneceram ao investigador e colaboradores o seu consentimento livre e esclarecido por escrito, para a participação na investigação, como previsto pelos Códigos de Ética e pela Declaração de Helsínquia. Os questionários são de auto-preenchimento, com a presença do investigador ou colaborador, em alguns casos foi necessário que se lesse as afirmações aos participantes e, posteriormente, era dada uma resposta pelo participante que era assinalada pelo investigador ou colaborador. Esta recolha demorou aproximadamente 15 a 25 minutos por participante.

Após a realização dos questionários e respectiva codificação de respostas, elaborou-se uma base de dados com o intuito de se proceder ao tratamento dos mesmos. Para tal, recorreu-se a uma investigação detalhada da informação recolhida, através do Programa Statistical Package for Social Sciences 18.0 for Windows (SPSS for Windows).

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Destaca-se que, 57,0% dos inquiridos são do género feminino; 72,00% provém do meio rural; 67,45% tem idade acima dos 70 anos; 50,00% são casados; 50,00% vive com a esposa/marido; 36,90% residem no distrito da Guarda; 76,10% possui o 1º ciclo de escolaridade; 91,30% é reformado; 54,35% referem rendimento mensal entre 250 e 400€; 34,80% recebem visitas semanalmente; 45,60% com diagnóstico de doenças do aparelho circulatório; a média de internamento centra-se nos 49,78 dias. Relativamente à colheita de dados, verifica-se que 36,90% dos utentes são da UMDR de Gouveia; 30,45% inquiridos na admissão; 39,10% com  $\geq 60$  dias da admissão; 30,45% na condição de admissão e  $\geq 60$  dias de internamento. Consta-se que a média da qualidade de vida global varia entre os momentos avaliativos (109,93 *versus* 118,91); a média da qualidade de saúde mental global (139,82 *versus* 138,94); a média da satisfação com o suporte social global (36,25 *versus* 36,50). A consistência interna do questionário foi avaliada através do *alfa Cronbach* (0,892), o que indica uma medida de boa fiabilidade.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Efectuou-se o cruzamento entre as diversas variáveis com o objectivo de validar as hipóteses previamente formuladas. Através dos cruzamentos verifica-se que existem algumas relações pertinentes para um nível de significância de 5% e 10%. Os resultados apresentados mostram que algumas situações estão em conformidade com resultados encontrados por outros autores, havendo outras que se podem revestir de explicações distintas. Os resultados obtidos corroboram com Ferreira (2003), no seu estudo sobre percepção de estado de saúde e qualidade de vida da população activa concluiu que, o sexo masculino apresenta valores mais elevados na vertente da qualidade de vida. Ferreira (2003), constatou que os indivíduos que vivem nas áreas urbanas apresentam valores mais altos de qualidade de vida, principalmente nas dimensões função física, saúde em geral e vitalidade. É de salientar que neste estudo, a melhor qualidade de vida reside no grupo dos utentes provenientes do meio

rural com diferença de 22,49 em relação aos urbanos, em ambas as componentes (física e mental). Os analfabetos apresentam pior qualidade de vida (90,80) com uma média da dimensão dor corporal baixa. Corroborando com esta investigação, Ferreira (2003), confirmou no seu estudo que os indivíduos com menos escolaridade tendem a aperceber-se da sua qualidade de vida de uma forma mais negativa. Na análise dos resultados, constata-se que, são os utentes que possuem habilitações académicas superiores e maior rendimento mensal, demonstram melhor percepção de qualidade de vida. verifica-se que são os utentes que têm **visitas** bi-semanais e diariamente que, apresentam melhor qualidade de vida (121,60). Estes resultados corroboram com outras investigações, demonstrando que a família é uma importante rede informal de apoio ao utente, constituindo-se como parceira das redes de apoio social formais. Verifica-se que à medida que aumenta a satisfação com o suporte social melhora a qualidade de vida, com excepção para as dimensões funcionamento físico e dor corporal. Santos *et al* (2003), expressam que a satisfação com o suporte social correlaciona-se com o processo de adaptação à doença crónica, nomeadamente a qualidade de vida.

O facto de melhorar a qualidade de vida global dos utentes internados nas UMDR do estudo em função do apoio da família, a sua presença, a regularidade de visitas, demonstra que cada vez mais a família deve ser assumida como parceira nos cuidados a prestar aos utentes, tendo um papel activo no processo de recuperação e reintegração no seio familiar. No entanto, os utentes manifestam dor corporal, sendo que esta dor pode ser causada pelo afastamento temporário do contexto familiar, sentindo-se como um “fardo”. Assim é importante estimular a família, amigos e outros a visitarem os utentes das UMDR.

De modo geral, os resultados obtidos nesta investigação, leva a concluir que a implementação de um programa de reabilitação estruturado, que tenha em consideração os interesses, as limitações e potencialidades dos utentes, pode constituir um importante elemento na valorização do indivíduo, e consequentemente melhorar a sua qualidade de vida global.

## CONCLUSÕES

Conclui-se ainda, que os inquiridos na admissão, valorizam a componente saúde física em 38,68 e a componente de saúde mental com 71,25. Os utentes com  $\geq 60$  dias de internamento apresentam na componente saúde física, média 41,00, e na componente saúde mental a média 77,91. Obteve-se que o *distress* psicológico (MHIDIST) tem 82,29 de média e o bem-estar psicológico (MHIBEST) apresenta média igual a 57,54, no momento da admissão. No segundo momento avaliativo o MHIDIST é igual a 86,22 e o MHIBEST apresenta 52,72 de média. A satisfação com o suporte social global não apresenta diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação.

A qualidade de vida global apresenta relação com as variáveis sócio demográficas (género, proveniência, coabitação, habilitações académicas), e variável situacional (suporte social). Em relação à qualidade de saúde mental global, verifica-se que esta apresenta relação com as variáveis sócio demográficas (género e coabitação), variável situacional (frequência de visitas) e tempo de internamento. Confirma-se que, as variáveis sócio demográficas (idade, rendimento mensal, situação profissional) influenciam a satisfação com o suporte social.

Na análise comparativa dos resultados obtidos do grupo inquirido nos dois momentos de avaliação (14 utentes), constata-se que não existe relação com a qualidade de vida global, qualidade de saúde mental e satisfação com o suporte social. Facto este, que pode estar relacionado com o número reduzido da amostra, pois se duplicasse seria muito provável que já houvesse diferenças significativas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERREIRA, Pedro e SANTANA, Paula - Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 21, nº 2 (2003), p. 15-30.

GAUTHIER, Benoît - *Investigação social da problemática à colheita de dados*. 3.ª edição, Lusociência, Loures, 2003.

HOUT, Réjean - *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

PIMENTEL, Francisco - *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina, 2006.

SANTOS, Célia, RIBEIRO, José e LOPES, Carlos - Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, vol. 4, n.º 2 (2003), p. 185-204.

UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGADOS - *Desafios de Um Modelo Integrado*. 2.ª ed. Lisboa: Companhia de Ideias, 2009.

## ESTILOS DE COPING EM CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA

Lima, L.\*

Lemos, M.S.\*\*

Guerra, M.\*\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora; e-mail: ligia@esenf.pt.

\*\* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto – Professora Associada com Agregação; e-mail: marina@fpce.up.pt.

\*\*\* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto – Professora Associada com Agregação.

## RESUMO

No domínio da Psicologia da Saúde Infantil o estudo dos processos de confronto tem sido bastante explorado embora grande parte da investigação se centre na avaliação das estratégias de *coping* e não nos padrões ou estilos de confronto. Os estilos de *coping* são padrões relativamente estáveis de estratégias que a criança utiliza para lidar com os seus problemas, nomeadamente aqueles que se relacionam com a doença. Os estilos são entendidos como uma variável relativamente estável, próxima do que normalmente se denomina de traço.

Este estudo, que se insere num projecto mais alargado sobre a adaptação psicológica de crianças com doença crónica, teve como objectivo estudar os estilos de *coping* relacionados com a situação de doença, numa amostra de crianças com patologia crónica e em idade escolar.

Participaram 87 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos e com o diagnóstico clínico de asma brônquica. Para avaliação dos estilos de *coping* foi utilizada a versão portuguesa do “*Coping Health Inventory for Children*” (Lima et al., 2009).

Os resultados demonstraram que os estilos ou padrões de confronto mais frequentes na amostra são aqueles que os autores denominam de adaptativos ou positivos, ou seja, o “Desenvolve Competência e Optimismo” ( $M=3,93$ ;  $SD=0,73$ ), “Adere ao tratamento” ( $M=3,98$ ;  $SD=0,49$ ;) e “Procura Apoio” ( $M=2,72$ ;  $SD=0,59$ ). Estes resultados vão de encontro aos estudos nesta área que evidenciam que a maioria das crianças com doença crónica consegue adaptar-se de forma positiva à sua condição de doença (Barros, 2003). Outro dado muito interessante surge da associação positiva e estatisticamente significativa entre os estilos de *coping* e os resultados obtidos a nível do projecto mais alargado sobre os perfis de adaptação das crianças, o que reforça a utilidade da sua avaliação enquanto variável potencialmente preditora do processo de adaptação à doença.

**Palavras-chave:** Estilos de *coping*, crianças, doença crónica.

## ABSTRACT

In the field of child health psychology research on coping has focused mainly on the description of the use of coping strategies, rather than in the analysis of children’s coping patterns or styles. Coping styles are relatively stable, trait-like patterns of strategies that children use to deal with their problems, particularly those that relate to the disease. This paper reports part of a larger research project aimed to study the impact of paediatric asthma on children’s psychological adjustment. The goal of this particular study was to describe the frequency of use of different coping styles in a sample of children with diagnosed asthma.

The sample consisted of 87 children aged between 8 and 12 years old ( $M=9,71$ ) who had physician diagnosed asthma, with severity ranging from intermittent to moderate-persistent. To assess the children’s coping styles the Portuguese version of the “*Coping Health Inventory for Children*” (Lima et al., 2009) was used.

Results showed that the most frequently used type of strategies were: “Develops competence and optimism”

( $M=3,93$ ;  $SD=0,73$ ), “Adheres to treatment” ( $M=3,98$ ;  $SD=0,49$ ); e “ Seeks support” ( $M=2,72$ ;  $SD=0,59$ ). These findings confirm previous studies on children’s coping in general, as well as research on coping with chronic illness in childhood. Moreover, within the larger research project, asthmatic children’s coping styles were significantly related to their general level of adaptation, suggesting that coping style may stand as an important predictor in the process of adaptation to chronic illness.

**Keywords:** Coping styles, children, chronic illness

## INTRODUÇÃO

Os processos de confronto têm sido extensivamente estudados no domínio da Psicologia da Saúde Infantil. Grande parte dos autores privilegia uma abordagem centrada nas estratégias de *coping*, embora mais recentemente se venha a assistir a uma valorização dos padrões ou estilos de *coping* no que diz respeito aos processos de adaptação às situações de doença crónica (Meijer et al., 2002). Os estilos de *coping* são padrões relativamente estáveis de estratégias que a criança utiliza para lidar com os seus problemas, nomeadamente aqueles que se relacionam com a doença. Os estilos são entendidos como uma variável relativamente estável, próxima do que normalmente se denomina de traço.

Existem assim estudos que identificam quais os estilos de *coping* promotores de uma melhor adaptação à doença. Por exemplo, Lazarus e Folkman (1984 Cit por Vinson, 2002) defendem que um estilo de *coping* flexível está associado a resultados adaptativos mais positivos. Mattsson (1972 Cit por Spirito et al., 1995), a partir de uma revisão de estudos nesta área, constatou que tanto o controlo como a descarga emocional eram importantes para uma adaptação bem-sucedida.

Austin, Patterson e Hubberty (1991) consideram que a criança com doença crónica tende, ao longo do tempo, a desenvolver estratégias para lidar com a sua situação de doença, que se organizam num padrão de respostas relativamente estável. Estes padrões de resposta incluem quer comportamentos quer estratégias cognitivas, consideradas positivas ou negativas, ou seja, alguns comportamentos que estão associados a uma melhor adaptação à doença, ou pelo contrário, comportamentos que poderão agravar o sofrimento associado à doença. Apesar de concordarem com outros autores relativamente ao pressuposto de que não existem estratégias de *coping* intrinsecamente positivas ou negativas (Ryan-Wenger, 2000), Austin, Patterson e Hubberty, consideram que com o seu uso prolongado, uma estratégia pode tornar-se menos adaptativa, principalmente se interfere com o desenvolvimento de comportamentos mais eficazes. Estes autores, partindo de uma abordagem hierárquica para identificar e organizar estratégias de *coping* de crianças com doença crónica, identificaram cinco padrões de *coping*, conceptualmente diferentes: Desenvolve Competência e Optimismo – *Develops Competence and Optimism*; Sente-se diferente e retrai-se – *Feels Different and Withdraws*; Fica irritável, de mau humor e age negativamente – *Is irritable, Moody and Acts out*; Adere ao tratamento – *Complies with treatment*; e Procura Apoio – *Seeks Support*.

O padrão *Desenvolve competência e optimismo* caracteriza-se por uma atitude basicamente positiva por parte da

criança em relação à sua doença, em que esta valoriza mais os ganhos da vivência da doença do que propriamente as perdas e dificuldades sentidas. Perante o stress associado à doença, a criança procura desenvolver sentimentos de competência e optimismo (Mattsson,1972 cit por Austin et al., 1991) conseguindo, em geral, desenvolver um grau significativo de autonomia, apesar das limitações que possam ser impostas pela doença. Este padrão é geralmente encontrado nas crianças consideradas bem adaptadas do ponto de vista psicossocial e médico, e os comportamentos que constituem este padrão ou estilo de *coping*, são semelhantes aos que segundo Murphy (1976 cit por Austin et al.,1991) são utilizados pelas crianças resilientes.

O padrão *Sente-se diferente e retrai-se* é comum nas crianças em que a doença assume um papel central nas suas vidas, inclusive na construção da sua própria identidade, de forma negativa e desvalorizante (Austin et al.1991). Ao contrário das crianças que funcionam segundo o padrão anterior, estas centram-se mais nas perdas e limitações associadas à doença e inclusive restringem mais a sua vida, do que aquilo que seria necessário em função das características da doença. São crianças que acabam por se sentirem diferentes dos outros e por se isolarem do ponto de vista social, porque por exemplo, receiam vir a ter um ataque de asma em frente dos outros e se sentirem embaraçados depois. “Em termos gerais, este tipo de padrão é considerado mal adaptativo, na medida em que interfere com a aprendizagem e pode ser gerador de maior ansiedade, stress e vulnerabilidade” (Austin et al., 1991,p.168). Segundo as autoras este padrão permite prever uma atitude negativa da criança face à sua doença assim como uma maior probabilidade de esta desenvolver uma perturbação emocional.

*Fica irritável, de mau humor e age negativamente* é o terceiro padrão, que inclui comportamentos que apesar de proactivos são geralmente contraproducentes na medida em que não são promotores da auto-estima, não são socialmente aceites nem sequer contribuem para resultados positivos (Zeitlin, 1980 cit por Austin et al., 1991). As crianças que utilizam este padrão não parecem ser capazes de gerir as suas emoções e quando as exprimem, geralmente são de infelicidade. É ainda frequente a utilização de comportamentos negativos, de oposição às regras e às limitações impostas pela doença ou de agressividades em relação a outras pessoas. Este padrão de *coping* é também geralmente associado a uma má adaptação psicossocial à doença e a uma atitude mais negativa da criança face à sua doença.

O quarto padrão *Adere ao tratamento* está intimamente associado ao conceito mais biomédico de adesão ao regime terapêutico (*compliance*). Neste padrão estão incluídos comportamentos de confronto activo, como a aceitação e cumprimento das restrições impostas ou a cooperação nos tratamentos prescritos. Incluem-se também neste padrão, comportamentos indicadores do desenvolvimento de uma certa autonomia, como por exemplo, a criança assumir responsabilidade por tomar a medicação ou seleccionar os alimentos que pode comer. Este é um outro estilo que segundo Austin, Patterson e Hubberty (1991) está associado positivamente a uma boa adaptação psicossocial á doença.

Por fim, o quinto padrão proposto por Austin, Patterson e Hubberty (1991) é *Procura Apoio*. Envolve comportamentos de interacção com pais, pares e técnicos de saúde, no sentido de partilhar dificuldades e pedir ajuda para problemas sentidos em torno da gestão da doença. Este padrão inclui assim estratégias que sugerem por parte da

criança uma abordagem de resolução de problemas. A comparação com casos piores também é uma estratégia que faz parte deste padrão, o que pode ajudar a criança a relativizar as suas dificuldades. Segundo Wertlieb e colaboradores (1987 cit por Austin et al.,1991) este padrão de *coping* é mais frequente nas raparigas do que nos rapazes.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra deste estudo foi constituída por 87 crianças que frequentavam as consultas de Imuno-alergologia Pediátrica de um Hospital Central e a consulta de saúde familiar dum Centro de Saúde do Distrito do Porto, e com asma do tipo intermitente, persistente ligeiro ou persistente moderado. A classificação do tipo de asma foi realizada de acordo com o diagnóstico feito durante consulta que precedeu a realização da entrevista e seguindo os critérios da G.I.N.A. (1995). As crianças da amostra possuíam entre 8 e 12 anos de idade, com uma média de 9,65. Destas 56 (65,2%) eram do sexo masculino e as restantes 31 (34,8%) do sexo feminino.

### *Instrumentos*

O Inventário *Coping Health Inventory for Children - CHIC* foi desenvolvido com a finalidade de avaliar os padrões de *coping* de crianças portadoras de doença crónica física e em idade escolar.

O CHIC é um instrumento para ser preenchido por um dos pais ou cuidadores da criança e possui 45 itens com resposta do tipo Likert, numa escala de 5 opções que variam desde 1-nunca a 5-sempre (Austin et al, 1991).

Este instrumento foi adaptado para a realidade portuguesa por Lima, Lemos e Guerra (2009) e a sua fidelidade foi calculada através da consistência interna para cada uma das subescalas. Os coeficientes *alpha* de Cronbach para as subescalas foram satisfatórios, variando entre 0,65 e 0,78, com excepção de uma subescala “*Adere ao tratamento*” cujo valor foi apenas de 0,42.

### *Procedimento*

A aplicação do instrumento foi feita durante uma entrevista realizada à mãe da criança (ou cuidador principal), que se iniciava com uma breve apresentação do estudo. Seguiu-se o pedido de preenchimento (por escrito) do formulário do consentimento informado por parte do cuidador.

## RESULTADOS & DISCUSSÃO

Com vista a caracterizar as crianças participantes relativamente aos estilos de *coping* foi realizada uma análise descritiva, cujos resultados estão indicados no Quadro 1. Os resultados demonstraram que os estilos de confronto mais frequentes na amostra são aqueles que os autores denominam de adaptativos ou positivos, ou seja, o

padrão “Desenvolve Competência e Optimismo”, “Adere ao tratamento” e “Procura Apoio.” Estes resultados vão de encontro aos estudos nesta área que evidenciam que a maioria das crianças com doença crónica consegue adaptar-se de forma positiva à sua condição de doença (Barros, 2003).

#### Quadro 1 – Médias e desvios padrão para as diferentes sub-escalas da CHIC

	Média	D.P
Desenvolve competência e optimismo	3,93	0,73
Sente-se diferente e retrai-se	1,74	0,49
Irritável, mau humor e age negativamente	2,30	0,56
Adere ao tratamento	3,98	0,49
Procura apoio	2,72	0,59

Como foi já referido anteriormente, este estudo integrou um projecto de investigação mais alargado em que se procurou compreender a adaptação psicossocial da criança com asma (Lima, 2005). No âmbito deste projecto foram identificados dois padrões de adaptação (cujas características estão sumariamente descritas no Quadro 2), sendo que um foi considerado como expressando maior adaptabilidade. Assim, seria interessante analisar a associação dos estilos de coping com a pertença aos dois perfis e verificar se essa associação confirmava ou não o valor mais ou menos adaptativo de cada um dos padrões de *coping*.

#### Quadro 2 – Descrição das características dos dois perfis de adaptação.

##### Perfil 1: 33 crianças

- Perfil de menor adaptabilidade  
*Menor qualidade de vida*  
*Maior ansiedade/depressão*  
*Temperamento mais “desafiante”*  
*Menor auto-estima*  
*Menos habilidades sociais*  
*Mais famílias não-intactas*  
*Casos de asma maior gravidade*

##### Perfil 2: 52 crianças

- Perfil de maior adaptabilidade  
*Maior qualidade de vida*  
*Menor ansiedade/depressão*  
*Temperamento mais “fácil”*  
*Maior auto-estima*  
*Mais habilidades sociais*  
*Mais famílias intactas*  
*Casos de menor gravidade*

Como podemos verificar no Quadro 3, com excepção do padrão “*Sente-se diferente e retrai-se*”, todos os restantes se associam de forma estatisticamente significativa com os perfis de adaptação. Podemos também constatar que os padrões que os autores consideraram de adaptativos, ou seja, os “*Desenvolve competência e optimismo*”, “*Adere ao tratamento*” e “*Procura Apoio*” são também aqueles em que as crianças pertencentes ao perfil de maior adaptabilidade obtêm resultados mais elevados. É de destacar que estas crianças foram aquelas que obtiveram níveis mais elevados de qualidade de vida percebida, maior auto-estima, mais habilidades sociais e níveis mais baixos de ansiedade/depressão (Lima, 2005).

### Quadro 3 – Cruzamento dos estilos de *coping* com os perfis de adaptação

	Perfil 1 (N= 33)		Perfil 2 (N= 52)		F	Sig.
	Média	D.P	Média	D.P		
Desenvolve competência e optimismo	3,66	0,71	4,08	0,71	6,91	,010
Sente-se diferente e retrai-se	1,84	0,45	1,66	0,51	2,66	,107
Irritável, mau humor e age negativamente	2,50	0,39	2,14	0,60	9,53	,003
Adere ao tratamento	3,77	0,85	4,12	0,46	10,58	,002
Procura apoio	2,51	0,51	2,83	0,57	6,87	,010

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que os estilos de confronto mais frequentes nas crianças com asma são aqueles que Austin e colaboradores (1991) consideram como mais adaptativos. Estes padrões são também semelhantes aos que outros autores denominam de activos (Meijer et al, 2002) e que também aparecem positivamente associados a indicadores de adaptação.

Outro dado muito interessante surge da associação positiva e estatisticamente significativa entre os estilos de *coping* e os resultados obtidos a nível do projecto mais alargado acerca dos perfis de adaptação das crianças, o que reforça a utilidade da sua avaliação enquanto variável potencialmente preditora do processo de adaptação à doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUSTIN, J., PATTERSON, J. e HUBERTY, T. - Development of the Coping Health Inventory for Children. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol. 6, n.º 3 (1991), p.166-174.

BARROS, L. - *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentalista*. Lisboa: CLIMEPSI, 2003.

LIMA, L.- *A adaptação psicológica da criança com asma: estudos de perfis de adaptação e de algumas variáveis preditivas*. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2005.

LIMA, L., GUERRA, M.P. e LEMOS, M.S - Estudo preliminar da adequação do Coping Health Inventory for Children. In A. Maia, S. Silva, & T. Pires (Orgs.) *Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas*. Actas do 1º congresso de saúde e comportamento dos países de língua Portuguesa. Braga: CIPSI edições, 2009, p. 557-566.

MEIJER, S., SINNEMA, G., BIJSTRA, J., MELLENBERGH, G., e WOLTERS, W. - Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science and Medicine*. Vol. 54 (2002), p. 1453-1461.

MCNELLIS, A., HUSTER, G., MICHEL, M., HOLLINGSWORTH, J., EIGEN, H., AUSTIN, J.K. - Factors associated with self-concept in children with asthma. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. Vol. 13, n.º 2 (2000), p. 55-68.

RYAN-WENGER, N., SHARRER, V., WYND, C. - Stress, Coping and Health In Children. In V.H.Rice (Ed). *Handbook of Stress, Coping and Health*. Thousand Oaks: Sage, 2000, pp. 265-293.

SPIRITO, A., STARK, L.J., GIL, K.M., e TYC, V.L. - Coping with everyday and disease-related by chronically ill children and adolescents. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 34, n.º 3 (1995), p. 283-291.

VINSON, J.A. - Children With Asthma : Initial Development of The Child Resilience Model. *Pediatric Nursing*, Vol. 28, n.º 2 (2002), p.149-158.

## COPING – TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE ADESÃO

Sousa, M.\*  
Lumini, M.\*  
Pires, R.\*  
Santos, C.\*\*

---

\*Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professoras Adjuntas; e-mail: mariarui@esenf.pt, lumini@esenf.pt, regina@esenf.pt

\*\*Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora; e-mail: celiasantos@esenf.pt

## RESUMO

**Introdução:** Actualmente os estudos que envolvem a área do autocuidado são primordiais ao nível dos cuidados de saúde, pois permitem compreender e promover a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, o autocuidado abrange não apenas as capacidades necessárias para a realizar as actividades de vida diária, mas também conhecimentos e perícias que as pessoas utilizam na autogestão da sua condição de saúde. Perante uma doença considerada como um evento stressor, a pessoa desenvolve conscientemente um conjunto de estratégias adaptativas, na tentativa de encontrar o equilíbrio perdido. Sendo o *coping* entendido como um esforço para responder a estímulos internos ou externos que são avaliados como negativos ou desafiantes, o tipo de *coping* que a pessoa adopta repercute-se nos seus comportamentos de autocuidado, nomeadamente nos comportamentos de adesão e portanto na forma como ela gere a sua situação de saúde/doença.

**Objectivos:** Compreender de que forma é que as estratégias de *coping* influenciam nos comportamentos de adesão ao regime terapêutico; reflectir sobre o papel do enfermeiro como promotor da adaptação da pessoa à sua condição de saúde e à adesão ao regime terapêutico.

**Método:** Revisão da literatura efectuada através da consulta de livros e pesquisa nas principais bases de dados em saúde (CINAHL e Medline), utilizando as palavras-chave: terapêuticas de enfermagem, *coping*, estratégias de adaptação; crenças; adesão. A pesquisa foi efectuada em Português e Inglês.

**Resultados:** A literatura sugere que as estratégias de *coping* focadas no problema, habitualmente denominadas de estratégias activas, estarão relacionadas com maiores níveis de adesão, enquanto que as estratégias focadas na emoção, ou de tipo passivo, estarão normalmente associadas a menores comportamentos de adesão.

**Conclusão:** Sendo o *coping* e a adesão ao regime terapêutico focos de atenção da prática de enfermagem, o enfermeiro poderá desenvolver, em conjunto com a pessoa, intervenções terapêuticas no sentido de facilitar a sua adaptação à nova condição de saúde, promovendo a adesão, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** terapêuticas de enfermagem; *coping*; estratégias de adaptação; crenças; adesão.

## ABSTRACT

**Introduction:** Currently, studies that involve the area of self-care are important to the health care, because they allow to understand and promote the quality of life.

In this sense, self-care includes not only the skills needed to perform activities of daily living, but also knowledge and skills that people use to self-manage their health condition.

Faced with a disease regarded as a stressor event, the person consciously develops a set of adaptive strategies, in an attempt to find the lost balance. *Coping* being understood as an effort to respond to internal or external stimuli that are appraised as negative or challenging, the type of *coping* that the person adopting has repercussions on

their self-care behaviors, particularly in compliance behaviors and thus in how it manages its state of health and disease.

**Objectives:** Understand how it is that the *coping* strategies influence the behavior of adherence to therapeutic regimen; reflect on the role of the nurse as promoter of the adaptation of the person to his health condition and adherence to therapeutic regimen.

**Method:** Literature review conducted by consulting books and research on major health databases (CINAHL e Medline), using the key words: *coping*, adaptation strategies, beliefs, adherence. The research was carried out in Portuguese and English.

**Results:** The literature suggests that *coping* strategies of the kind of active (problem-focused) are related to higher adherence levels, while the more passive type (emotion-focused), are associated with lower adherence behaviors.

**Conclusion:** As *coping* and adherence to therapeutic regimen focal points of nursing practice, nurses can develop, jointly with the person, therapeutic interventions to facilitate adaptation to new conditions of health, promoting adherence, their well-being and quality of life.

**Keywords:** nursing therapeutics; *coping*; adaptation strategies; beliefs; adherence.

## INTRODUÇÃO

Considerando a doença como um evento stressor (Ribeiro, 2005), a pessoa desenvolve conscientemente um conjunto de estratégias adaptativas, na tentativa de encontrar o equilíbrio perdido.

O modelo transaccional de stress e *coping* (Lazarus, 2000) pretende explicar como a pessoa reage perante acontecimentos stressantes. Segundo este, o impacto que o evento stressor possa vir a ter, vai ser mediado pela importância que a pessoa lhe atribui, isto é, como o avalia (avaliação primária) e pelos recursos psicológicos, sociais e culturais que ela julga ter para o enfrentar (avaliação secundária). O distresse psicológico surge quando a situação é entendida como ameaçadora do bem-estar pessoal e esta sente que não possui recursos suficientes para a poder enfrentar.

O *coping* pode ser entendido como a “... disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores, que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhadas por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico” (CIE, 2005).

O tipo de *coping* que a pessoa adopta vai repercutir-se nos seus comportamentos de autocuidado, nomeadamente nos comportamentos de adesão e portanto na forma como ela gere a sua situação de saúde/doença. No processo de transição saúde/doença alguns estudos demonstram a importância do papel dos enfermeiros na avaliação das necessidades psicossociais e na promoção de intervenções que vão de encontro a essas necessidades (Meleis *et al.*,

2000; Kralic, 2002). O aspecto central das terapêuticas de enfermagem, segundo a teoria de Meleis, é facilitar esse processo de transição. As terapêuticas de enfermagem permitem aos enfermeiros delinear estratégias de cuidados e seleccionar as intervenções mais apropriadas para que a pessoa alcance um estado de saúde desejável e uma transição saudável (Meleis, 2010).

Com esta revisão pretendemos compreender de que forma é que as estratégias de *coping* influenciam nos comportamentos de adesão ao regime terapêutico e reflectir sobre o papel do enfermeiro como promotor da adaptação da pessoa à sua condição de saúde e à adesão ao regime terapêutico.

## METODOLOGIA

Foi efectuada uma revisão da literatura através da consulta de livros e pesquisa nas principais bases de dados em saúde (CINAHL e Medline), utilizando as palavras-chave: coping, estratégias de adaptação; crenças; adesão; terapêuticas de enfermagem. A pesquisa foi efectuada em Português e Inglês. Foi pesquisada a existência de revisões sistemáticas de artigos e meta-análises, tendo sido encontrada uma revisão sistemática sobre a temática em análise. Foram também incluídos os resultados de artigos de investigação isolados. Não foi estabelecido limite temporal na pesquisa à priori, embora tivessem sido seleccionados os artigos mais recentes com interesse para o estudo.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sendo o coping entendido como um esforço para responder a estímulos internos ou externos que são avaliados como negativos ou desafiantes, de acordo com a sua orientação podemos classificá-lo como mais focado na emoção ou no problema. O coping focado no problema, também conhecido como coping de aproximação, envolve a mobilização de aspectos cognitivos e comportamentais no sentido de gerir ou resolver a situação geradora de stresse, utilizando estratégias que pretendem actuar directamente sobre ela. Por sua vez, o coping de evitamento está mais focado na emoção, envolvendo esforços cognitivos e comportamentais para ver o problema de uma outra forma, de modo a que ele não seja tão ameaçador. As estratégias adoptadas pela pessoa diferem no coping de aproximação e no coping de evitamento (Lazarus, 2000; Ribeiro, 2005). Enquanto que no primeiro caso, a pessoa opta, por exemplo, por procurar informação, planear e intervir no problema no segundo, a pessoa tende a demonstrar sentimentos de raiva, a negar e até a afastar-se do problema. Intervenções específicas sobre as estratégias de coping têm-se mostrado eficazes na gestão dos sintomas e na redução da ansiedade (Barton et al., 2003).

Barton e colaboradores (2003) verificaram que o estilo de coping adoptado é um importante preditor da morbilidade nas pessoas com asma. Os autores verificaram que a utilização de estratégias focadas na emoção, nomeadamente a negação da doença, estava relacionada com fraca adesão e maior procura de cuidados urgentes. Um outro estudo desenvolvido em diabéticos com doença renal demonstrou que pensamentos irrealistas com

negação dos problemas de saúde, embora ajude as pessoas a adaptar-se à sua condição, reflecte-se negativamente na adesão ao regime medicamentoso (Williams et al., 2009). Estas estratégias de evitamento, envolvendo negação da ameaça, impedem que as pessoas adoptem comportamentos necessários para gerir a sua situação (Whitehead & Russell, 2004). Assim, ajudar as pessoas a reconhecer estes pensamentos e crenças poderá permitir a adopção de novas formas de conduta (Williams et al., 2009). Zalewska e colegas (2007) numa investigação realizada em pessoas com psoríase, também verificaram que aquelas que adoptavam estratégias focadas na emoção tinham mais dificuldades em adaptar-se à sua doença.

A literatura refere algumas intervenções que os enfermeiros podem implementar de forma a facilitar o processo de adaptação e consequentemente a adesão ao regime terapêutico.

Shumacher e colaboradores (1999) apontam algumas terapêuticas de enfermagem de particular importância:

A *avaliação* constitui a base para todas as terapêuticas de enfermagem. Sendo a transição um processo dinâmico e evolutivo, os acontecimentos que vão ocorrendo sugerem que a avaliação deva ser contínua.

As *vivências anteriores* ou “reminiscências” são consideradas uma terapêutica de enfermagem que facilita a integração do processo de transição no trajecto da vida da pessoa. A análise da experiência de vida pode ajudar a pessoa a crescer e a desenvolver a sua identidade pois, embora possa implicar ruptura e mudança, facilita o processo de descoberta de novos significados e novas formas de estar.

O suporte também designado como “suplementação do papel” é outra terapêutica que facilita a aquisição de novos conhecimentos e habilidades. Este fornece o apoio necessário para o desenvolvimento de capacidades e competências necessárias para a nova situação pois permite que haja a consciencialização de comportamentos, sentimentos e sensações, bem como o delineamento de objectivos.

A *criação de um ambiente saudável* contempla a pessoa nas suas várias dimensões física, sociocultural e política. A *mobilização de recursos* contempla poderes pessoais, familiares e da comunidade. Nos recursos pessoais podemos incluir aspectos como a adaptação, *hardiness* e a coerência. Os enfermeiros podem ajudar a pessoa a fortalecer o autoconceito e a encorajá-la a adoptar um estilo de vida saudável. Os recursos familiares contemplam aspectos económicos, estruturais e culturais. Os grupos de suporte que a comunidade dispõe podem representar uma mais-valia no processo de transição (Shumacher *et al.*, 1999).

Jones (2006), numa revisão de literatura acerca da gestão da doença crónica em doentes pós AVC, verificou que terapêuticas de enfermagem que visam a auto-eficácia facilitam uma adaptação e gestão da doença mais eficaz. Resultados semelhantes foram encontrados por Kralic (2002) em que a utilização de estratégias de *coping* activas tal como a participação e a tomada de decisão acerca do seu regime terapêutico, facilitam o processo de transição e a integração da doença nas suas vidas.

No sentido de apoiar o desenvolvimento harmonioso destes processos de transição, os enfermeiros podem intervir e ajudar a pessoa em dois momentos distintos: antes de ocorrer o processo de transição (ou antes das suas

consequências), delineando *terapêuticas preventivas*, e enquanto se encontra no processo de transição (ou após as suas consequências), através de *intervenções terapêuticas* (Meleis, 2010).

De acordo com Dochterman (2008), algumas intervenções poderão auxiliar a pessoa a adoptar estratégias de *coping* que lhe permitam lidar mais eficazmente com a sua situação (Quadro 1).

Quadro 1- *Coping*: Intervenções de enfermagem Nota: Adaptado de Dochterman (2008).

#### Diagnóstico de enfermagem

#### Intervenções

Coping [confrontativo]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz</li> <li>- Promover aceitação: estado de saúde</li> <li>- Promover a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz</li> <li>- Orientar a pessoa para grupos de suporte</li> <li>- Identificar com a pessoa tipo de coping face à doença (confrontativo versus de evitamento)</li> <li>- Oferecer suporte emocional</li> <li>- Encorajar a expressão de emoções e sentimentos</li> <li>- Encorajar a expressão de crenças</li> <li>- Promover esperança</li> <li>- Promover melhoria de auto-estima</li> <li>- Promover melhoria da auto-percepção</li> </ul>
Conhecimento sobre estratégias de coping	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping</li> <li>- Assistir a pessoa na identificação de estratégias de coping eficazes</li> <li>- Promover coping confrontativo</li> </ul>

## CONCLUSÃO

A literatura sugere que estratégias de *coping* mais focadas no problema, estarão relacionadas com maiores níveis de adesão, enquanto que as mais focadas na emoção, estarão associadas a menores comportamentos de gestão da doença.

Neste mesmo sentido, a literatura refere que, em diferentes processos de saúde/doença (como a asma, a diabetes e a psoríase), as crenças e representações que as pessoas têm sobre as suas doenças, interfere nas suas vivências e na forma como lhes fazem face (*coping*), influenciando os comportamentos de gestão da doença e adesão.

Sendo o *coping* e a adesão ao regime terapêutico focos de atenção da prática de enfermagem, o enfermeiro poderá desenvolver, em conjunto com a pessoa, intervenções terapêuticas no sentido de facilitar a sua adaptação à nova condição de saúde, promovendo a adesão, o seu bem-estar e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARTON, C. [et al.] – Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory Medicine*. Vol. 97 (2003), p.747-746.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*: versão 1.0 Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermagem, 2005.
- DOCHTERMAN, J. - *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- JONES, F. - Strategies to enhance chronic disease self-management: How can we apply this to stroke? *Disability and Rehabilitation*. Vol. 28, n.º 13-14 (2006), p.841-847.
- LAZARUS, R. - Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. In V. RICE (Ed). *Handbook of Stress, coping and health: Implication of nursing research, theory and practice*. London: Sage, 2000. p. 195-222.
- KRALIC, D. - The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 39, n.º 2 (2002), p.146-156.
- MELEIS, A. [et al.] - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing*. Vol. 23, n.º1 (2000), p. 12-28.
- MELEIS, A. - *Transitions Theory middle-range and Situation-specific theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer, 2010. cap IV.
- RIBEIRO, J. - *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, 2005.
- SCHUMACHER, K; JONES, P; MELEIS, A. - Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In SWANSON, E; TRIPP-REIMER, T.- *Life transitions older adults- issues for nursing other health professionals*. New York: Springer, 1999. p. 1-22.
- WHITEHEAD D.; RUSSELL G. - How effective are health education programmes – resistance, reactance, rationality and risk? Recommendations for effective practice. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 41, n.º 2 (2004), p. 163-172.
- WILLIAMS A.; MANIAS E.; WALKER R. - The role of irrational thought in medicine adherence: people with diabetic kidney disease. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 65, n.º 10 (2009), p. 2108-2117.
- ZALEWSKA, A. [et al.] - Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*. Vol. 21 (2007), p. 235-242.

## AS VIVÊNCIAS DOS ALUNOS DE ENFERMAGEM PERANTE A MORTE DOS UTENTES

Rocha, C.C.P.\*

---

\* USF Nova Era – Sobreira (Centro de Saúde Paredes e Rebordosa), Enfermeira; e-mail: celiaprocha@gmail.com

## RESUMO

A morte sempre foi um tabu para a nossa sociedade, que a oculta, na tentativa de mascarar o sofrimento e a revolta por ela causada. Este trabalho foi desenvolvido com o intuito de compreender melhor a morte, aprendendo a encara-la como um processo natural do ciclo vital e a melhorar a qualidade de vida dos doentes na sua fase final de vida. Apresenta uma reflexão sobre “As vivências dos alunos de Enfermagem perante a morte dos utentes”, abordando os sentimentos, as atitudes adoptadas pelos alunos, as dificuldades sentidas pelos mesmos e as estratégias de coping utilizadas para lidar com a morte, bem como a sua evolução na percepção da morte. Concluiu-se ainda que nos últimos momentos de vida do doente deve-se prestar os melhores cuidados, proporcionar um ambiente agradável, permanecer junto do doente e satisfazer os seus desejos, quando possíveis.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Morte; Sentimentos; Vivências; Dificuldades

## ABSTRACT

“The experiences of nursing student when faced with the death of patients”

Death has always been a taboo for our society, who hides in an attempt to mask the suffering and the revolt caused by it. This work was developed in order to better understand the death, learning to see it as a natural process of life cycle and improve the quality of life of patients in their final phase of life. Presents a reflection on “The experiences of nursing student when faced with the death of patients”, addressing the feelings, attitudes adopted by the students, the difficulties experienced by them and coping strategies used to deal with death, as well as its evolution in the perception of death. It was concluded that in the last moments of life of the patient should be given the best care, provide a pleasant environment, stay together with the patient and satisfy your wishes, when possible.

**Keywords:** Nursing; Death; Feelings; Experiences; Difficulties

## INTRODUÇÃO

“Morte, não sejas orgulhosa, apesar de terrível e poderosa alguns te apedrajam, pois tal não serás. Os que pensas ter deixado para trás não morrem, pobre morte nem a mim podes levar. Após um breve sono, acordamos eternamente. E a morte deixará de existir, morte também tu perecerás.” *John Donne*

O mundo que nos rodeia não nos ensina a morrer, incita-nos a viver em busca da felicidade sem pensar na morte, a escondê-la. Os enfermeiros têm necessidade de enfrentar a morte e acompanhar os seus doentes na última etapa de vida. Perante o doente terminal, há que parar, acompanhar, aproximar-se, escutar, dar a mão e partilhar, pois segundo PINTO (1991) talvez seja este o maior desafio para aos profissionais de saúde, o de contribuir para a ressocialização da morte. Com este trabalho pretende-se aprofundar os conhecimentos acerca da morte, na tentativa de começar a encara-la como fenómeno natural que é, tal qual a Enfermagem o preconiza, para podermos humanizar a morte do doente.

O modo como os alunos de enfermagem vivenciam a morte pode ser influenciado por inúmeros factores inerentes à mesma e por stress do estágio.

Esta adversidade causou uma inquietação pessoal, levando à formulação da seguinte pergunta: “Como é que os alunos do 4º ano de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Vale do Sousa vivenciam a morte dos seus doentes?”.

Assim este trabalho tem por objectivo: Identificar os sentimentos que os alunos de Enfermagem da ESSVS vivenciam perante situações de morte; Identificar os mecanismos de coping adoptados pelos alunos de Enfermagem perante situações de morte; Conhecer quais os cuidados que os alunos de Enfermagem consideram pertinentes para tornar o “acto de morrer” mais humano; Descrever a evolução da percepção da morte, pelos alunos de Enfermagem ao longo da sua vida académica; Determinar, segundo a opinião dos alunos as alterações a efectuar na formação dada sobre a morte.

## METODOLOGIA

Na tentativa de descrever as vivências dos alunos de enfermagem perante a morte dos doentes foi realizado um estudo exploratório-descritivo de cariz qualitativo, o que segundo FORTIN (1999:138) “*visa descrever as experiências de pessoas escolhidas em função da sua particular experiência pessoal*”.

A população em estudo foi os alunos do 4º ano do Curso de Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem da Região Norte.

A amostra foi constituída por 7 elementos, respeitando os seguintes critérios: Ser alunos da Escola Superior de Saúde Vale do Sousa, nomeadamente alunos do 4º ano de Enfermagem; Ter assistido a pelo menos uma morte de doentes em estágio, para poderem referir como foi sua a vivencia; Querer ser participantes do estudo e aceitar responder às perguntas da entrevista; Concordar com a gravação da entrevista em registo magnético de som.

O pedido de autorização para aplicação do estudo e instrumento de colheita de dados foi formalizado junto da Entidade Competente da Escola de Enfermagem onde decorreu o estudo.

Realizou-se previamente uma entrevista exploratória, com o intuito de aperfeiçoar a forma de estar, colocar questões, validar a sua compreensão e apurar a sensibilidade do investigador para o fenómeno em estudo.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada. O investigador obteve o consentimento livre e informado dos participantes para gravar a entrevista em suporte magnético de som, garantiu o anonimato e a confidencialidade dos dados, proporcionou um clima de confiança, intimidade e segurança necessários à expressão dos sentimentos vivenciados. Após a colheita de dados a gravação das entrevistas foi transcrita para suporte informático para posterior análise das mesmas.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram tratados através da técnica de análise de conteúdo. Segundo BARDIN (1977:38) a análise de conteúdo é o “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Através desta técnica foi possível agrupar a informação em categorias e seguidamente em subcategorias.

Os elementos da nossa amostra eram predominantemente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 23 anos, existindo apenas 1 do sexo masculino. Dois dos elementos já tinham reprovado uma vez neste curso, tendo uma visão mais fria e calculista da morte do que os cinco entrevistados que nunca tinham reprovado. Verifica-se ainda que seis dos entrevistados contactaram com a morte três vezes, enquanto um dos entrevistados contactou só duas vezes com a morte, possuindo uma visão mais mórbida.

A partir da análise das entrevistas, da procura contínua de semelhanças e diferenças no discurso e do agrupamento de ideias e aspectos significativos do que deve ser apreendido e transmitido emergiram sete categorias: sentimentos expressados; factores que influenciam a vivência da morte; dificuldades sentidas; estratégias de coping; atitudes adoptadas para com o moribundo; evolução da percepção da morte e sugestões para a formação ministrada nas escolas. Estas categorias subdividiram-se em 26 subcategorias.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para efectuar o enquadramento teórico e compreensão das categorias e subcategorias, dada a ausência de estudos sobre alunos e a morte, foi necessário efectuar uma analogia entre como vivência o Homem a morte e como vivenciam os enfermeiros a morte dos seus doentes, pois os alunos de Enfermagem são Homens e serão futuros enfermeiros.

As categorias e subcategorias definem as vivências do aluno de Enfermagem perante a morte dos doentes, dando assim resposta a questão de partida e aos objectivos propostos para este trabalho.

Os alunos referiram sentimentos como tristeza, impotência, inquietação e pânico (subcategorias). O sentimento mais expressado foi o pânico, seguindo-se o sentimento de impotência e tristeza.

Quanto aos factores que influenciam a vivência da morte os alunos mencionam: o facto de ser uma morte esperada ou inesperada; o grau de ligação do aluno com o doente; as experiências anteriores; a idade do doente; e a presença ou ausência do aluno quando o doente morre (subcategorias). O factor mais referenciado foi o facto de ser uma morte previsível ou não, se fosse esperada tinham mais tempo para se habituar à situação, o que lhes causava menos sofrimento; bem como o grau de ligação entre aluno/doente, quanto maior a proximidade entre eles maior seria a tristeza.

Quanto às dificuldades sentidas: podem ser de natureza emocional; dificuldade em dizer a verdade ao doente há cerca do seu estado; dificuldade em dar apoio à família; e em último caso dificuldade em acreditar que o doente

está mesmo morto (subcategorias). As maiores dificuldades apontadas pelos alunos são as emocionais, pois é extremamente difícil lidar com a morte dos doentes, sem se sentirem de alguma forma perturbados, quer seja por revolta, quer por sentirem impotência face àquela situação ou mesmo por reportar aquela situação para si e sentir medo da própria morte; referem ter dificuldades em saber que postura adoptar, se devem contar ou não ao doente a verdade sobre o seu estado clínico.

Os alunos após a morte dos doentes, para evitarem sofrer demasiado criam algumas estratégias de coping: considerar a morte como um processo natural; distrair-se com outras coisas e evitar falar no assunto (subcategorias). A estratégia mais referenciada por eles é verem a morte como um processo normal de vida, algo que é inevitável pelo qual todos passamos um dia, segue-se a distração com outras coisas quer dentro ou fora do local de trabalho.

Os cuidados que os alunos acham pertinentes prestar para tornar a morte mais digna são: proporcionar ao doente um ambiente agradável; prestar-lhe os melhores cuidados; permanecer junto dele e sempre que possível satisfazer os seus desejos (subcategorias). O aspecto mais valorizado pelos alunos é prestar os melhores cuidados e proporcionar um ambiente calmo e sereno de forma à morte ser mais humana. Há alunos que adoptam uma postura de presença, outros apenas permanecem junto do doente o tempo necessário para a prestação de cuidados, uma vez que lhes é difícil ver o doente em agonia.

Os alunos dizem que houve uma evolução na forma de perceber a morte, tal evolução é referida a três níveis: aquisição de maturidade profissional e pessoal; visão da morte como finitude do sofrimento e consciencialização da deterioração irreversível do organismo (subcategorias). Todos os alunos referiram ter adquirido maturidade profissional e pessoal.

Segundo os alunos a formação dada nas escolas acerca da morte é insuficiente. Para colmatar esta lacuna eles sugerem: inserir seminários sobre as temáticas da morte; proporcionar debates com partilha de experiências e aumentar a duração da prática clínica (subcategorias).

## CONCLUSÃO

Os objectivos foram atingidos, mas como era de prever, com este trabalho não encontramos respostas definitivas, nem passíveis de ser generalizadas. Os resultados aqui apresentados apenas têm significado para o grupo amostral em questão, no momento particular em que foram colhidos os dados.

Obteve-se resposta à pergunta “Como é que os alunos do 4º ano de Enfermagem da ESSVS vivenciam a morte dos seus doentes?”

Os alunos sentem pânico, tristeza, impotência, inquietação ao presenciar a morte de um doente. A vivência da morte pode ser influenciada por experiências anteriores, ser é morte esperada ou não, a idade do doente, o grau de ligação e a presença durante a morte. As dificuldades são emocionais, em dizer a verdade ao doente e dar apoio à família. As estratégias de coping adoptadas são ver a morte como um processo natural, distrair-se com outras

coisas e evitar falar no assunto. Nos últimos momentos de vida do doente tentam prestar os melhores cuidados, proporcionar um ambiente agradável, permanecer junto dele e satisfazer os seus desejos. Detecta-se evolução na vivência da morte há aquisição de maturidade profissional e pessoal, visualização da morte como processo natural da vida, fim sofrimento e consciencialização da deterioração irreversível do organismo humano. Em suma por mais diferenças de carácter e personalidade que os alunos tenham, nenhum fica indiferente ao vivenciar a morte de um utente.

Descobriu-se que a formação nas escolas não era suficiente, sugerindo-se a introdução de seminários, debates e aumento da prática clínica. Como a morte desperta sentimentos tão negativos, e sendo esta um processo natural denota-se a necessidade de a morte ser abordada de uma forma abrangente, mas humana, preparando os alunos para vivenciar esta situação calma e tranquilamente, auxiliando assim o doente no momento da sua morte, muitas vezes basta um simples toque ou sorriso. Depois de reflectir sobre os resultados do trabalho, pensa-se que o mesmo foi importante para alertar os futuros enfermeiros para a necessidade de humanizar a morte dos doentes.

Por último não podia deixar de revelar algumas sugestões:

A escola deve criar e preencher espaços que favoreçam a acção pedagógica centrada na reflexão, tornando possível ao aluno a aquisição de novos conhecimentos, que permitam compreender e aceitar o outro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, P. e VIEIRA, N. - As vivências do Enfermeiro Perante a Morte do Utente nos Serviços de Medicina. *Sinais Vitais*. Vol. 48 (2003).
- BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- CARREIRAS, E.M. e ARRAIOLOS, N.I.P. - O enfermeiro perante o doente que morre. *Nursing*. Vol. 168 (2002).
- FERREIRA, C. F. - Morrer na Presença de quem Cuida. *Sinais Vitais*. Vol. 56 (2004).
- FORTIN, Marie-Fabienne - *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. Coimbra; Lusociência; 1999.
- GOMES, S. e TESTAS, J. - O enfermeiro perante o doente em situação terminal: Como cuidar da vida no final da vida?. *Sinais Vitais*. (2001).
- HENNEZEL, M. e LELOUP, J. - *A Arte de Morrer*. 2.ª ed. Lisboa: Editorial Notícias, 2000.
- HESBEEN, W. - *Cuidar no hospital: enquadramento dos cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência, 2000.
- KASTENBAUM, R. e AISENBERG, R. - *Psicologia da Morte*. São Paulo: Universidade de S. Paulo, 1983.
- KUBLER-ROSS, E. - *Sobre a Morte e o Morrer*. 8.ª ed., São Paulo: Martins Fontes.
- PACHECO, S. - *Cuidar a pessoa em fase terminal - Perspectiva ética*. Loures: Lusociência, 2002.
- PINTO, F. - Entre a vida e a morte: a razão da esperança. *Servir*. Vol. 39, n.º 1 (1991).
- PIMENTEL, J.C. - Que formação para as pessoas que lidam com doentes terminais?. *Divulgação*. Vol. 25 (1993).

# ENVELHECIMENTO ACTIVO

## UMA FORMA DE SER E DE ESTAR

Vaccarezzi, E.\*  
Espírito-Santo, A.\*  
Baptista, R.\*

---

\* Centro Hospitalar de Torres Vedras, Enfermeiras;  
e-mail: elsa.vaccarezzi@gmail.com; xana.espirito@gmail.com; raquel.lopesbaptista@gmail.com

## RESUMO

O envelhecimento, apesar de ser uma etapa natural que se desenrola desde o nascimento até à morte, evidencia-se a partir de uma determinada fase da vida e depende do meio social em que o indivíduo está inserido, podendo ser encarado e vivido de modo diferente.

A OMS (2002), citado por GIL (2008), definiu o conceito de envelhecimento activo como “o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”.

A abordagem deve ser centrada na pessoa, na medida em que cada indivíduo é um ser único dotado de características e necessidades próprias. O envelhecimento activo deve ser encarado e promovido de forma multidisciplinar, envolvendo todas as perspectivas da condicionante humana e promovendo a qualidade de vida e a participação continuada do próprio, em todas as suas vertentes.

O idoso bem adaptado é o idoso que se interessa pela vida e que pode estar inserido na comunidade, num meio ambiente apropriado e rodeado de atitudes de interajuda (FERNANDES, 2005b).

Pretende-se, assim, suscitar uma reflexão acerca da importância de um envelhecimento activo e do impacto deste nas sociedades modernas. Para a sua realização recorreremos à pesquisa manual de autores portugueses de renome, especialistas na área do envelhecimento, os quais descrevemos em bibliografia.

Com a realização da revisão teórica conclui-se que envelhecer não deve ser encarado como um destino ou uma condição, mas sim como uma forma de se viver, de se adaptar e, sobretudo, de se ser feliz em cada etapa da vida.

**Palavras-chave:** Envelhecimento Activo; Qualidade de vida; Promoção da saúde

## ABSTRACT

Aging, despite being a natural step that takes place from birth to death, it is evident from a certain stage of life and depends on the social environment in which the individual belongs, and can be viewed and experienced differently .

WHO (2002), quoted by GIL (2008) defined the concept of active aging as “the process of optimizing opportunities for health, participation and safety, to improve the quality of life of aging people.”

The approach must be people-centered, in that each individual is a being endowed with unique characteristics and needs. Active aging should be addressed and promoted in a multidisciplinary way, involving all perspectives in the human condition and promoting quality of life and continued participation of oneself in all aspects related to the individual.

The well adapted elderly is the elderly who is interested in life and that can be inserted into the community, in a suitable environment and surrounded by attitudes of mutual help (FERNANDES, 2005b).

We, thus, intend to raise a reflexion about the importance of active aging and its impact in modern societies. For its implementation we used the manual search of Portuguese renowned experts in the field of aging, which we described in the literature.

With the completion of this literature review, we concluded that age should not be viewed as a destination or a condition but as a way to live, adapt and, above all, to be happy at every stage of life.

**Keywords:** Active Ageing; Quality of life; Health Promotion

## INTRODUÇÃO

Como consequência das rápidas alterações demográficas verificadas nas últimas décadas, a problemática do envelhecimento tem vindo a revelar-se um tema urgente e de preocupação global. Trata-se de uma problemática sobre a qual urge reflectir, sendo inevitável o confronto entre actuais políticas e estratégias de promoção de saúde, e a forma de podermos dar aos nossos idosos uma condição de vida digna, assim como na forma de torná-los um bem para a sociedade.

Neste sentido, o presente trabalho surge como uma mais-valia para uma formação mais completa na área da saúde e envelhecimento, o que permite ver o indivíduo como um todo, um ser único, com necessidades de intervenção próprias.

## O ENVELHECIMENTO ACTIVO

O envelhecimento, consequência inevitável da passagem do tempo, constitui um processo contínuo, caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995). Apesar de ser uma etapa natural que se desenrola desde o nascimento até à morte, este começa a ser mais evidente a partir de uma determinada fase da vida e, dependendo do meio social em que o indivíduo está inserido, pode ser encarado e vivido de modo diferente.

A evolução da esperança média de vida constitui, pois, uma grande conquista no que diz respeito a ganhos em saúde, conduzindo a um significativo aumento da população na sociedade. No entanto, tal como refere QUARESMA (2006), não se pode ignorar o facto de que as gerações mais velhas, ao viverem mais anos, estão sujeitas à ocorrência de situações incapacitantes relacionadas com o envelhecimento biológico e/ou associadas a problemas decorrentes de doenças crónicas.

Segundo Gil (2008), “actividade” no envelhecimento tem surgido como o elemento estruturante para a ruptura face ao envelhecimento-incapacitante. Neste sentido, a autora refere que o envelhecimento activo tem sido abordado a partir de duas perspectivas bem distintas: (1) por um lado, o envelhecimento activo do ponto de vista da saúde, que requer medidas inovadoras que promovam a participação e a optimização de estilos de vida mais activos e saudáveis, que contribuam para a qualidade de vida das pessoas que envelhecem; (2) por outro lado, o envelhecimento activo como instrumento de combate às saídas precoces do mercado de trabalho.

Segundo SOUSA et.al. (2003), as teorias do envelhecimento bem sucedido vêem o sujeito como pro-activo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança. Neste sentido, a mesma autora refere que um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo de toda a vida. De facto, existirão poucas realidades tão universais como o envelhecimento e poucas discussões potencialmente tão contraditórias como a relação entre envelhecimento e desenvolvimento. Na verdade, são muitos os que vêem no fenómeno de envelhecer o fim do desenvolvimento. Em contrapartida, também já existem muitos que vêem envelhecimento não como o fim mas antes como um desafio para o desenvolvimento.

O paradigma proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre as vantagens de um envelhecimento activo começa a ter os seus efeitos na intervenção pública através de novas formas de pensar e encarar a saúde, o envelhecimento e os estilos de vida. (FERNANDES, 2005a). A OMS (2002), citado por GIL (2008), definiu o conceito de envelhecimento activo como “o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”.

A necessidade de promoção de um envelhecimento activo torna-se um princípio fundamental, que deve ser tomado em consideração desde o início da educação de um indivíduo, pois é no presente que está o futuro e é sobre o que fazemos hoje que construímos o amanhã. Neste sentido, a intervenção ao nível da autonomia e qualidade de vida são princípios centrais dos cuidados de saúde e acção social aos idosos, devendo as políticas sociais e os programas de apoio enfatizar não só a vertente assistencial, mas também valorizar a ocupação, o voluntariado e a educação (SOUSA et.al., 2003).

Conhecer o ser humano como um todo, um ser único e holístico, com todas as suas limitações, permite ao enfermeiro perceber quais os problemas com que o idoso se depara ao longo do seu percurso de vida e, desta forma, possibilitando a educação e capacitação para um melhor funcionamento e uma melhor adaptação e satisfação das suas necessidades. Neste contexto, a função de Enfermagem está relacionada com observar, escutar e discutir com estas pessoas o tipo de cuidados de enfermagem necessários para que estes possam: (1) adquirir hábitos de vida saudáveis, (2) maximizar a sua autonomia e bem-estar, (3) evitar o isolamento social e a solidão, (4) adquirir atitudes que visem a sua integração na sociedade ou manutenção da mesma e (5) reconhecer a saúde como factor preditivo de um envelhecimento positivo.

A abordagem deve ser centrada na pessoa, na medida em que cada indivíduo é um ser único dotado de características e necessidades próprias. O envelhecimento activo deve ser encarado e promovido de forma multidisciplinar, no sentido de se conseguir envolver todas as perspectivas da condicionante humana e promover a qualidade de vida e a participação continuada em todas as vertentes relacionadas com o indivíduo, nomeadamente a nível social, económico, cultural, espiritual e cívico, e não apenas actividade física ou laboral. Sendo, o enfermeiro, um educador para a saúde no processo de envelhecimento, a contribuição de Enfermagem assume um papel preponderante, e não é o que os enfermeiros fazem, mas como fazem que é tão importante para o indivíduo. Importa referir que para além de todo o apoio multidisciplinar, a pessoa que envelhece tem o direito e

o dever de ser ela própria a promotora do seu próprio envelhecimento activo e bem sucedido. E incluir a família nessa caminhada que é o envelhecimento é uma necessidade que pode trazer benefícios entre as várias gerações, fomentando a coesão familiar e social e, desde cedo, a importância da preparação de um envelhecimento positivo e bem sucedido.

Segundo Aroteia e Cardoso (2006), citado por OLIVEIRA (2010), o envelhecimento da população, em particular da portuguesa, deve levar a uma maior responsabilidade social e maior solidariedade intergeracional, facilitando aos idosos melhor participação cívica. Tal como refere FERNANDES (2005b), o envelhecimento é um processo diferencial e dinâmico que requer, ao longo da vida, algumas adaptações. Nesta matéria, apesar das transformações que tem sofrido, a família continua a desempenhar um importante papel enquanto suporte material, psicológico e social.

Do mesmo modo é urgente que toda a sociedade e as actuais políticas públicas reconheçam o envelhecimento e a forma de o encarar como um foco de intervenção, no sentido de uma sociedade promotora de saúde e bem-estar para todos, sem que haja discriminações e desinvestimentos junto de uma população que tem muito para ensinar e dar às gerações que lhes sucede.

## CONCLUSÕES

O idoso bem adaptado, é o idoso que se interessa pela vida e que pode estar inserido na comunidade, num meio ambiente apropriado e rodeado de atitudes de interajuda.

Torna-se cada vez mais necessário adaptar a idade da reforma ao prolongamento da vida e da forma saudável dos indivíduos idosos, adaptar os postos de trabalho, modificando regras e práticas, incluindo a passagem gradual para a reforma, maximizar as potencialidades dos idosos, melhorar os ambientes de trabalho para tornar uma vida activa mais longa e, entre outros, eliminar atitudes e práticas de discriminação de idosos.

Envelhecer não deve ser encarado como um destino ou uma condição, mas sim como uma forma de se viver, de se adaptar e, sobretudo, de se ser feliz em cada etapa da vida. E porque foi do seu trabalho que surgiu o que hoje temos, cabe-nos a nós trabalhar para um melhor futuro das pessoas idosas e das pessoas que envelhecem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. - *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

FERNANDES, Ana A. - Envelhecimento Demográfico - As Transformações da Modernidade. *Cidade Solidária*. Vol. 2, n.º 3 (2005a), p.16-21.

FERNANDES, Ana Alexandre - Envelhecimento e Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23, n.º 2 (2005b), p. 45-48.

GIL, Ana Paula - Envelhecimento Activo: complementariedades e contradições. *Fórum Sociologia*, Vol. II, n.º 17 (2008), p. 25-36.

HENDERSON, Virginia - *The Basic Principles of Nursing Care –International Council of Nurses*. Genebra: ICN, 1996.

OLIVEIRA, Barros de - *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 4.ª ed. Porto: Livpsic, 2010.

QUARESMA, Maria de Lurdes - Interrogar a Dependência. In Quaresma, M.L. (coord.). *O Sentido das Idades da Vida: interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Cesdet, 2006.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela - Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*. Vol. 37, n.º 3 (2003), p. 364-371.

# MAUS-TRATOS A CRIANÇAS COM DISABILIDADES

## O QUE TEM SIDO INVESTIGADO?

Jesus, A.G.\*

---

\* Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Hospital Dona Estefânia – Unidade de ORL/Urologia, Enfermeira, e-mail: anagarciajesus@gmail.com

## RESUMO

**Materiais e métodos:** Esta revisão sistemática da literatura pretende descrever e analisar estudos empíricos que têm sido realizados ao nível das ciências da saúde no âmbito dos maus-tratos contra crianças com *disabilidades*.

Esta revisão foi orientada pela questão de investigação: Que estudos têm sido desenvolvidos na última década na área dos maus-tratos contra crianças com *disabilidades*? Foi realizada pesquisa nas bases de dados online b-On e Medline com as palavras-chave maltreatment, abuse, neglect, disability, child. Foram critérios de inclusão: a idade das crianças ser inferior a 18 anos, os estudos deveriam ser originais e estabelecer a relação entre a existência de uma ou mais *disabilidades* e a ocorrência de maus-tratos e terem sido publicados na última década.

**Resultados:** Seis estudos preencheram os critérios de inclusão.

Dois são estudos retrospectivos e visavam identificar factores de risco para os maus-tratos a crianças com *disabilidades*, apontando alguns factores de risco específicos.

Encontraram-se dois estudos sobre o abuso sexual de crianças com *disabilidades*.

Mais recentemente, têm sido desenvolvidos estudos em amostras de *disabilidades* específicas. Um estudo debruçou-se sobre a perturbação de hiperactividade com deficit de atenção apenas e o outro sobre a doença crónica física, o atraso mental e problemas de comportamento.

**Conclusão:** Os tipos de maus-tratos de que são vítimas as crianças com *disabilidades* depende essencialmente do tipo e grau de severidade da *disabilidade* e da idade da criança.

Os enfermeiros enquanto participantes activos nas equipas multidisciplinares e pela proximidade que têm com cada criança/família têm um importante contributo a dar ao nível da prevenção, identificação e redução de danos para a criança com *disabilidades*.

Palavras Chave: Criança; Maus-tratos; Violência; *Disabilidade*

## ABSTRACT

**Objective:** To show empirical studies conducted at the level of health sciences regarding maltreatment of disabled children.

**Method:** This review was guided by the research question: What studies have been developed over the last decade in the area of abuse against children with disabilities? A survey was conducted on-line databases Medline and b-On. Inclusion criteria: children should be younger than 18 years, empirical studies that establish the relationship between child disability and the occurrence of child maltreatment, studies published between 2000 and April 2010. The survey was conducted using the keywords: maltreatment, abuse, neglect, disability, child.

**Results or findings:** Six studies met the inclusion criteria.

Two studies are retrospective studies aimed to identify the prevalence and risk factors for maltreatment of children with disabilities, they pointed some specific risk factors for the occurrence of some types of maltreatment in disabled child.

Sexual abuse is not the most prevalent type of abuse in the population of disabled child, but among all types maltreatment sexual abuse have received particular attention from researchers, we found two studies related to sexual abuse of children with disabilities. More recently, as suggested in earlier studies child maltreatment of children with disabilities has been developed in specific samples of disabilities. Only two studies examined the relationship between specific disabilities and maltreatment in childhood, one focused on the attention-deficit/hyperactivity disorder and the other one on chronic physical illness, developmental delay/mental retardation and behavior/mental health conditions.

**Discussion:** The presence of disabilities in children is a risk factor for maltreatment in childhood. The prevalence of different types of maltreatment depends essentially on the type and severity of disability and the child's age.

Nurses as active participants within the multidisciplinary teams and because of the proximity they have with each disabled child/family have an important contribution to make in the prevention, identification and reduction of harm to children with disabilities.

**Keywords:** Child; Maltreatment; Violence; Disability

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos a criança tem adquirido um papel de revelo na sociedade. Os maus-tratos contra crianças têm adquirido nos últimos anos um papel de relevo quer ao nível da actuação, quer ao nível da investigação nacional e internacional.

Os maus-tratos são um fenómeno complexo e multifacetado que ocorre, particularmente nas crianças e jovens, apresentando repercussões negativas no crescimento e desenvolvimento biopsicossocial das mesmas. Podem causar sequelas de ordem física, cognitiva, emocional entre outras podendo mesmo levar à morte (Direcção Geral de Saúde (DGS), 2008). A problemática dos maus-tratos contra crianças e jovens é nos dias de hoje tido como um problema social complexo.

O conceito de maus-tratos não é consensual, uma vez que difere de época para época e consoante a cultura e o grupo em que a criança/família está inserida (Calheiros e Monteiro, 2000; Mariano, 2001; Aracena e outros, 2002; Humphreys e Campbell, 2004). Mas também da idade da vítima, das circunstâncias em que ocorre e da relação entre a vítima e o abusador (World Health Organization (WHO) e International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN), 2006).

A ISPCAN e a WHO (2006:8) definem maus-tratos como sendo “todas as formas de abuso físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente ou comercial, ou outras formas de exploração, resultando num actual ou potencial prejuízo para a saúde da criança, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.”

A expressão dos maus-tratos é diversa: maus-tratos físicos; abuso emocional ou psicológico; abuso sexual; negligência; abandono; exploração no trabalho; exercício abusivo da autoridade; tráfico de crianças e jovens entre outras formas de exploração (Magalhães, 2005; WHO e ISPCAN, 2006; Mcdonald, 2007; Despacho n.º

31292/2008; DGS, 2008).

Diversos autores e documentos referem a *disability* como um factor de risco para os maus-tratos infantis, mais recentemente têm sido publicados documentos específicos para a detecção e prevenção de maus-tratos nesta população. Ao nível da literatura internacional encontramos o termo *disability* cuja definição diz que é uma diminuição física ou mental que limita substancialmente uma ou mais actividades principais da vida do mesmo (AMERICANS WITH DISABILITIES ACT OF 1990, AS AMENDED, 2009). Pelo que optámos pelo termo *disabilidades*, por não conhecermos na literatura portuguesa um termo que englobe na sua definição deficiência física ou mental e doença crónica física ou mental.

Kendall-Tackett et al (2004) distinguem 8 tipos de *disabilidades*: Perturbações emocionais e do comportamento; Perturbações graves do desenvolvimento; Atraso Mental; Dano cerebral, perturbações da comunicação e aprendizagem; Lesões físicas; Lesões sensoriais; Incapacidades relacionadas com condições de saúde e *Disabilidades* múltiplas.

## METODOLOGIA

Esta revisão de literatura pretende dar resposta à seguinte questão de investigação: Que estudos têm sido desenvolvidos na última década na área dos maus-tratos contra crianças com *disabilidades*?

A fim de obtermos os artigos que nos permitissem dar resposta à mesma numa primeira fase procedemos á pesquisa exaustiva de artigos relacionados com a temática nas bases de dados b-ON e Medline com os termos *maltreatment, abuse, neglect, disability, child*.

Definimos como critérios de inclusão que as crianças participantes nos estudos deveriam ter idade inferior a 18 anos, os estudos deveriam ser originais e estabelecer a relação entre a existência de uma ou mais *disabilidades* na criança e a ocorrência de maus-tratos e o ano de publicação dos artigos deveria estar compreendida entre 2000 e 2010.

Após avaliação crítica dos 32 documentos encontrados apenas seis correspondiam a todos os critérios previamente definidos.

As seis fontes a seguir mencionadas foram então as utilizadas neste artigo.

## DISCUSSÃO & ANÁLISE DOS RESULTADOS

O quadro 1 permite uma análise comparativa dos estudos no que respeita ao tipo de estudo, objectivos, metodologias e resultados obtidos.

1. Os estudos encontrados inserem-se no quadro temporal dos últimos nove anos, tendo sido publicados entre 2000 e 2008.
2. Dois dos estudos foram realizados com amostras da população Norte Americana, dois do Reino Unido, um da Noruega e um de Espanha.

3. Todos os estudos abordam a temática dos maus-tratos contra crianças com *disabilidades* segundo uma metodologia quantitativa, excepto o estudo de Hershkowitz, Lamb e Horowitz (2007) em que os autores recorrem à metodologia qualitativa com recurso a entrevista.

4. Três são estudos retrospectivos com recurso a bases de dados nacionais/loais e três são estudos comparativos, destes últimos dois fazem uma análise dos maus-tratos na generalidade das *disabilidades* (Kvam, 2000; Hershkowitz, Lamb e Horowitz, 2007) e um dos quais (Briscoe-Smith e Hinshaw, 2006) estuda apenas a ocorrência de maus-tratos entre crianças com PHDA.

5. Quatro estudos abordam os maus-tratos no geral, um deles conclui que a negligência é o tipo mais prevalente entre as amostras de crianças com *disabilidades*.

6. Dois dos estudos estudam apenas a problemática do abuso sexual nas crianças com *disabilidades* concluindo que quanto mais severa foi a *disabilidade* de que são portadoras maior o risco de abuso sexual e maior a dificuldade no reconhecimento da sua ocorrência quer pelas próprias quer pelos pais/cuidadores.

A fim de melhor compreenderem os resultados obtidos de seguida faremos uma breve descrição dos estudos e principais resultados obtidos em cada um deles.

Jaudes e Mackey-Bilaver (2008) realizaram a análise dos resultados com recurso a quatro modelos para melhor explicarem o tipo de maus-tratos a que estas são sujeitas entre os 0 e os 6 anos tendo em conta as variáveis demográficas e as *disabilidades* que a criança possui. As crianças que correm mais risco de serem maltratadas são as de etnia caucasiana (2 vezes,  $p \leq 0,001$ ), este risco duplica se lhe forem diagnosticados problemas de comportamento e problemas mentais. Crianças com história de maus-tratos antes do 1º ano têm um risco de 8,95 ( $p < 0,001$ ), se estes tiverem ocorrido entre o 1 e os 2 anos de vida de 33,07 ( $p < 0,001$ ) e antes dos 3 anos o risco aumenta são de 5,43. A exposição de substâncias durante a vida intra-uterina aumenta o risco de maus-tratos entre os 3 e os 6 anos em 3,53 ( $p \leq 0,001$ ) e 9,2 se a criança tiver sido maltratada antes dos 3 anos e posteriormente lhe tenha sido diagnosticado um problema mental de comportamento.

### Quadro 1 – Dados dos diferentes estudos

Fonte	Tipo de estudo	Objectivos	Variáveis	Resultados
E.1 Jaudes; Mackey-Bilaver (2008)	Longitudinal (1990-1996)	Examinar se e em que medida condições crónicas de saúde específicas contribuem para o risco de maus tratos.	Registo de maus-tratos; Doença crónica; Doença física; Atraso mental/atraso de desenvolvimento; Patologias mentais e do comportamento.	Problemas de comportamento ou mentais, idade inferior a seis anos foi o grupo com maior risco de maus-tratos e negligência, doença crónica física apenas aumenta ligeiramente esse risco.
E.2 Kvam (2000)	Comparativo	Conhecer qual a percentagem de crianças Norueguesas com disabilidades são vítimas de abuso sexual e quais as características que as vulnerabilizam.	Abuso sexual; Tipo e grau de disabilidade; Idade e género.	Quando uma criança tem uma disabilidade severa os cuidadores parecem não reconhecer o abuso sexual antes que este seja muito evidente.
F.3 Gonzalvo (2001)	Retrospectivo transversal de 10 anos (1991-2001)	Determinar a prevalência de crianças com disabilidades maltratadas, as características demográficas, a frequência e o tipo de maus-tratos, o maltratante e factores de risco familiares, sociais e ambientais; Contribuir para o conhecimento da etiopatogenia dos maus-tratos.	Características demográficas; Frequência do tipo de maus-tratos, maltratante; Factores de risco familiares, sociais e ambientais.	Disabilidade mais frequente foi a psíquica, seguida da mista, da física e da sensorial. O tipo de maus-tratos mais frequente foi a negligência física e a mãe foi quem mais maltratou. Pelo menos um factor de risco familiar, social e/ou ambiental estava presente em 93,5% dos casos. 64,5% apresentavam mais que um factor de risco.

F.4 Spencer; Devereux; Wallace; Sundrum; Shenoy; Bacchus; e Logan (2005)	Retrospectivo (1983-2001)	Estudar a relação entre incapacidades e registo por maus-tratos num coorte da população de nascimentos em 19 anos.	Registo de maus-tratos; Incapacidades: Paralisia Cerebral; Autismo; Distúrbio de conduta moderado/severo; Distúrbios psicológicos não de conduta moderados/severos; Distúrbios de linguagem e discurso moderados/severos; Dificuldades de aprendizagem moderadas/severas (QI<70) e distúrbios de visão e audição; Variáveis Confounding: Peso de nascimento, Idade gestacional; Idade materna; Status socioeconómico.	Crianças com incapacidades parecem estar em maior risco de registo por maus-tratos e negligência, no entanto o tipo varia dependendo do tipo de incapacidade.
F.5 Hershkowitz, Lamb; Horowitz (2007)	Qualitativo Comparativo	Examinar as características dos maus-tratos relatados por crianças com incapacidades vítimas de maus-tratos durante entrevistas forenses.	Vítimas de abuso sexual; Incapacidades menor e severas; Desenvolvimento típico.	As crianças com incapacidades são alegadamente mais vítimas de abuso sexual que de maus-tratos físicos, estão mais sujeitas a ser abusadas pelos pais e sofrer maus-tratos físicos das quais resultem lesões corporais ou sexuais graves. Quanto mais severa for a incapacidade, maior o risco de abuso sexual. As crianças com incapacidades reconhecem menos o abuso, ou reconhecem-no mais tarde.
F.6 Briscoe-Smith e Hinshaw (2006)	Comparativo	Examinar se raparigas com PHDA têm um maior risco de terem histórias de maus-tratos e se a existência de história de abuso pode constituir um grupo distinto de jovens com PHDA.	História de maus-tratos; PHDA; Parent CBCL, TRF; observações de comportamentos externalizantes e rankings de agressão aos pares.	Existem significativamente maiores níveis de maus-tratos entre as raparigas com PHDA que no grupo de controlo. As raparigas com história de maus-tratos têm mais têm maiores níveis de comportamento externalizantes e rejeição pelos pais que as do grupo de controlo.

Kvam (2000) analisa retrospectivamente quais as *incapacidades* encontradas entre a população de crianças atendidas nos hospitais noruegueses por suspeita de maus-tratos. Verificou que apenas 6% das crianças tinham uma incapacidade, sendo que 77% possuíam incapacidades leves e 23% incapacidades severas (Yates' corrigido  $\chi^2=7,8$ ;  $df=1$ ,  $p=0,005$ ). Os rapazes foram mais classificados como "provavelmente agredidos" que as raparigas (Pearson's  $\chi^2=4,72$ ,  $p<0,09$ ). A média de idades dos rapazes é 2 anos superior à das raparigas o que pode indicar que os rapazes são agredidos mais tarde ou que é mais difícil descobrir a agressão nos rapazes. As incapacidades severas encontradas foram o Atraso mental grave, Problemas de linguagem/discurso; MBD/problemas de concentração e autismo. Destas crianças 68% tinham entre 7 a 10 anos quando examinadas, com uma média das idades de 8,9 para as raparigas e 10,8 para os rapazes.

Os rapazes foram mais classificados como "provavelmente agredidos" que as raparigas (Pearson's  $\chi^2=4,72$ ,  $p<0,09$ ). A média de idades dos rapazes é 2 anos superior à das raparigas o que pode indicar que os rapazes são agredidos mais tarde ou que é mais difícil descobrir a agressão nos rapazes. As incapacidades severas encontradas foram o Atraso mental grave, Problemas de linguagem/discurso; MBD/problemas de concentração e autismo. Destas crianças 68% tinham entre 7 a 10 anos quando examinadas, com uma média das idades de 8,9 para as raparigas e 10,8 para os rapazes.

Gonzalvo (2001) analisou retrospectivamente as incapacidades entre uma população de crianças que deram entrada nos centros de acolhimento em Saragosa por maus-tratos. 5,56% possuía uma incapacidade. As incapacidades encontradas foram atraso mental (35,5%), paralisia cerebral infantil (27,4%), SIDA sintomático (25,8%) e surdomudez (11,2%). Os grupos etários mais frequentes 0-5 anos=43,5%, 6-11anos=25,8% e dos 12-17 anos=30,6%. O tipo de maus-tratos mais frequente foi negligência e abandono físico (82,2%), mas 16,2% das crianças apre-

sentavam diversos tipos de maus tratos. Sendo estes infligidos pela mãe em 83,8%. Em 93,5% das crianças estava presente pelo menos um factor de risco familiar, social e/ou ambiental e em 64,5% estavam presentes mais que um factor de risco.

Spencer *et al* (2005) concluíram que todas as incapacidades, excepto o autismo e as de natureza sensorial estão significativamente associadas ao abuso físico (o risco é 3 a 4 vezes maior), no que à negligência diz respeito a probabilidade é semelhante. O risco de registo por abuso sexual era mais de 7 vezes maior nas crianças com problemas de conduta; 6 vezes maior após ajustamento nas crianças com dificuldades de aprendizagem moderadas/severas. O risco de abuso emocional após ajustamento era mais de 11 vezes maior para crianças com problemas de conduta; mais de 8 vezes maior para crianças com problemas psicológicos não de conduta; não se verificou alteração ao nível do risco de abuso emocional após ajustamento nas crianças com dificuldades de discurso e linguagem e dificuldades de aprendizagem.

Hershkowitz, Lamb e Horowitz (2007) realizaram entrevistas a crianças alegadamente vítimas de abuso sexual ou físico. Verificaram que quando agrupadas por categorias não se verificavam diferenças entre a associação da incapacidade e abuso, no entanto as crianças entre os 3 e os 6 anos de idade com incapacidade menor (DM) ou severa (DS) são mais susceptíveis de ser suspeitas de abuso físico (DM=27,9%; DS=25,1% e DT=23,4%). Os adolescentes entre os 11 e os 14 anos com DM ou DS são menos susceptíveis a serem vítimas de abuso físico DM = 25,1%; DS = 29,3% e DT= 31,2 % ( $X^2(4)=49,32$ ,  $p<0,0001$ ). A análise Log-linear confirma as interacções entre incapacidade, género e idade na probabilidade relativa de suspeita de abuso sexual em oposição ao abuso físico  $X^2(12)=108,986$ ,  $p<0,0001$ ).

As crianças com *incapacidades* identificam menos o abuso que as crianças com DT quando se tem em conta a idade e o género, apenas 64,6% das crianças (n=26132) identificam o abuso. Quando ao tipo de abuso é adicionado a idade e o género estes afectam a associação entre *incapacidade* e atraso na identificação do abuso ( $X^2(42)=1824,525$ ,  $p<0,0001$ ), verificando-se que esta associação é significativa para as raparigas mais velhas (11-14 anos) mas não para as mais novas (3-6anos); raparigas com DM e DS demoram mais tempo a identificar o abuso mais que as raparigas com DT; as raparigas com 11-14 anos com DM e DS demoram mais a identificar o abuso que crianças com TD da mesma idade.

As crianças com DM ou DS estavam mais aptas a relatar que foram maltratadas à força, No entanto esta associação só é significativa para raparigas e crianças entre os 7 e os 14 anos de idade ( $X^2(12)=94,309$ ,  $p<0,0001$ ). Só as raparigas e crianças mais velhas com *incapacidades* relatam mais vezes o uso de força pelos suspeitos. As crianças com DM e DS alegam significativamente ofensas mais sérias e estão mais aptas a reportar que são abusadas sexualmente repetidamente independentemente do género e da idade. As crianças com DM estão também mais aptas a reportar que sentiram prazer.

Em crianças com DM e DS eram significativamente mais capazes de identificar o os pais ou figuras parentais como abusadores sexuais  $X^2(2)=41,19$ ,  $p<0,0001$  (associação significativa independentemente do género e idade da criança MD=9,9%; DS=21% e DT= 7,3%).

36,2% das crianças com DS não compreendem os motivos dos suspeitos e a natureza das interações sexuais relatadas ( $X^2(2)=6,237$ ,  $p<0,0001$ ). Esta associação só é significativa para as raparigas e crianças dos dois grupos de idades mais velhas 7-10 e 11-14 anos ( $X^2(12)=97,555$ ,  $p<0,0001$ ).

Briscoe-Smith e Hinshaw (2006) estudaram a ocorrência de maus-tratos num tipo específico de disabilidade: a Perturbação de Hiperactividade com Deficit de Atenção (PHDA), 16 das 20 que foram maltratadas foram-no com idades  $\leq 5$  anos. A amostra com PHDA tem maiores taxas de ocorrência de maus-tratos em todos os tipos, no entanto os mais frequentes são a negligência (20%) e o abuso sexual (50%). Existe uma percentagem maior de crianças maltratadas com PHDA a viver apenas com um dos pais ( $X^2(1, n=140)=4,44$ ,  $p < 0,05$ .)

## CONCLUSÕES

Os estudos apresentados demonstram que os maus-tratos contra crianças com disabilidades são frequentes e têm repercussões graves no seu desenvolvimento, em algumas circunstâncias até mais graves que em crianças que não as possuem. Os enfermeiros ao realizarem estudos sobre maus-tratos infantis deverão incluir nos mesmos o tipo de disabilidade, qual a severidade da disabilidade, se esta interfere com as actividades de vida diária, qual a idade em que foi efectuado o diagnóstico da disabilidade, se a disabilidade já existia antes dos maus-tratos. Enfim clarificar se os maus-tratos são a causa da disabilidade ou a disabilidade a causa dos maus-tratos ou uma terceira variável que influencie ambos (Kendall-Tackett et al, 2004).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICANS WITH DISABILITIES ACT OF 1990, AS AMENDED, 2009 [Acedido a 25 de Junho de 2010]. Disponível na Internet: <http://www.ada.gov/pubs/adastatute08.htm>

ARACENA e outros - Conceptualización de las pautas de crianza de buan tratto e maltrato infantil, en famílias del estrato socioeconómico bajo: una mirada cualitativa. *Revista de Psicología*. Vol. XI, n.º 2 (2002), p. 39-53.

BRISCOE-SMITH, Allison M.; HINSHAW, Stephen - Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse & Neglect*. Vol. 30 (2006), p.1239-1255.

CALHEIROS, Manuela; MONTEIRO, Maria Benedicta - Mau trato e negligência parental: contributos para a definição social dos conceitos. *Sociologia*. n.º 34 (2000), p.145-176.

DESPACHO n.º31292/2008. *Diário da República II série*. n.º 236 (5-12-2008), p.49207-49231;

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Maus-Tratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde*. Lisboa: 2008. [Acedido a 28 de Junho de 2008]. Disponível na Internet: <http://www.dgs.pt>

GONZALVO, G. Oliván - Maltrato en niños com discapacidades: carecterísticas y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*. Vol. 56, n.º 3 (2001), p.219-223.

HERSHKOWITZ, Irit e LAMB, Michael E.; HOROWITZ, Dvora - Victimization of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 77, n.º 4 (2007), p. 629-635.

HUMPHREYS, Janice; CAMPBELL, Jacquelyn - *Family Violence and Nursing Practice*. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. ISBN: 0-7817-4220-X.

JAUDES, Paula Kienberger; MACKEY-BILAVER, Lucy - Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child Abuse & Neglect*. Vol.32 (2008), p. 671-681.

KENDALL-TACKETT, Kathleen; LYON, Thomas; TALIAFERRO, Greg e LITTLE, Liza - Why Child Maltreatment Researchers Should Include Children's Disability Status in their Maltreatment Studies. *Child Abuse and Neglect* (2004), p. 1-6.

KVAM, Marit Hoem - Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian hospitals. *Child Abuse & Neglect*. Vol. 24, n.º 8 (2000), p.1073-1084.

MACDONALD, Kelly Colleen - Child Abuse: Approach and Management. *American Family Physician*. Vol. 75, n.º 2 (2007), p.221-228.

MAGALHÃES, Teresa - *Maus-tratos em Crianças e Jovens*. 4.ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005.

MARIANO, Liliana Maria de Oliveira Figueiredo - Criança Maltratada. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. n.º 17 (2001), p. 459-69.

SPENCER, Nick; DEVEREUX, Emma; WALLACE, Ann; SUNDRUM, Ratna; SHENOY, Manjula; BACCHUS, Claire e LOGAN, Stuart - Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *American Academy of Pediatrics*. Vol.116, n.º3 ,(2005), p.609-613.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT - *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genève: 2006.

# GRAVIDEZ SUBSEQUENTE A UMA INTERRUÇÃO MÉDICA

## ESPECIFICIDADES DE GÉNERO NA RELAÇÃO ENTRE LUTO PERINATAL, PSICOSSINTOMATOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA

Nazaré, B.\*  
Fonseca, A.\*  
Canavarro, M. C.\*

---

\* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE; Psicólogas; e-mail: abarbaravn@gmail.com

## RESUMO

Uma gravidez subsequente a uma perda gestacional é influenciada pela experiência prévia, resultando em sintomas ansiosos e depressivos mais intensos, em comparação com os casais sem história de perda. Embora a nova gravidez possa contribuir para a diminuição das manifestações de luto pela perda anterior, este processo não termina com a ocorrência de uma gestação subsequente, podendo comprometer a adaptação dos casais. Neste contexto, as mulheres tendem a manifestar sintomas mais intensos, presumivelmente devido à maior ligação que tinham estabelecido com o bebê que perderam.

No presente trabalho, o objectivo consistiu em estudar a associação entre luto perinatal, psicossintomatologia (depressão e ansiedade) e qualidade de vida (geral e nos domínios físico, psicológico e relações sociais) durante uma gravidez subsequente a uma interrupção médica, considerando separadamente a vivência de homens e mulheres. A amostra foi composta por 36 participantes (19 mulheres e 17 homens), avaliados aproximadamente à 19 semanas de gestação.

Embora se tenham verificado associações significativas entre luto perinatal e qualidade de vida para ambos os géneros, foram identificadas especificidades relevantes. A associação entre luto perinatal e psicossintomatologia só se revelou significativa para as mulheres. Estes dados sustentam a importância da intervenção psicológica ao longo de uma gravidez após uma perda, de forma a promover a adaptação do casal e, simultaneamente, o bem-estar do bebé. É também clinicamente relevante atender às diferenças de género identificadas nesta vivência.

**Palavras-chave:** perda gestacional; gravidez; luto perinatal; diferenças de género.

## ABSTRACT

A gestation subsequent to a pregnancy loss is influenced by the previous experience, which results in more intense anxious and depressive symptoms, in comparison to couples who have not experienced a pregnancy loss. Although the new pregnancy may lead to a decrease in perinatal grief, this process does not end with the occurrence of a subsequent pregnancy, and may harm couples' adjustment to it. Women tend to show more intense grief symptoms, presumably due to the closer attachment they had with the lost baby.

The goal of the present study was to study the association between perinatal grief, psychosymptomatology (anxiety and depression) and quality of life (general, and in the physical, psychological, and social relationships domains) during a gestation subsequent to a termination of pregnancy due to fetal anomaly, considering men and women separately. The sample comprised 36 participants (19 women and 17 men), assessed approximately at 19 weeks gestation.

Although there were significant associations between perinatal grief and quality of life for both for men and women, important gender differences were found. The association between perinatal grief and psychosymptomatology was only significant to women. The data illustrate the importance of psychological intervention throughout a pregnancy subsequent to a perinatal loss, in order to foster maternal and paternal adaptation, as well as the baby's well-being. Also, it is clinically relevant to attend to gender differences in this experience.

**Keywords:** pregnancy loss; pregnancy; perinatal grief; gender differences.

## INTRODUÇÃO

As perdas gestacionais incluem diferentes eventos negativos que podem ocorrer durante uma gravidez, como são os casos do aborto espontâneo, do diagnóstico de anomalia fetal ou da interrupção médica da gravidez (1).

As respostas de luto na sequência deste tipo de perdas caracterizam-se por tristeza, choque, isolamento e ansiedade, sinais considerados normativos face às circunstâncias (2). Estas manifestações são idiossincráticas, sendo a sua duração bastante variável (3). A existência de diferenças de género na forma de lidar com a perda é denominada luto incongruente (4). Mais especificamente, as mulheres tendem a manifestar sinais de luto mais intensos e por períodos mais prolongados, o que se atribui à sua maior ligação ao bebé e ao facto de experienciarem fisicamente a perda, enquanto os homens podem tentar não demonstrar sinais externos de sofrimento por considerarem necessário serem fontes de apoio para as companheiras (5).

Apesar de a ocorrência de uma nova gravidez exercer um efeito positivo na sintomatologia associada ao luto (6), não deixa de ser negativamente influenciada pela experiência prévia de perda. Assim, os níveis de ansiedade são particularmente acentuados, pois os casais colocam a possibilidade de a perda se repetir, o que gera receios acerca do bem-estar do bebé (7). Também a sintomatologia depressiva é mais intensa, em comparação com os casais sem história de perda, sobretudo para o género feminino (8). Para além disso, o facto de, para a maioria dos casais, uma nova gravidez acontecer poucos meses após a perda explica que as manifestações de luto ainda sejam intensas aquando da ocorrência da gestação seguinte (9). O contexto de uma interrupção médica da gravidez assume particular relevância, considerando que, neste caso, o tempo decorrido entre a perda e a gestação subsequente tende a ser significativamente inferior (10).

Embora as especificidades de género na vivência de uma perda gestacional estejam identificadas, não foram ainda, que tenhamos conhecimento, exploradas no âmbito da relação entre a experiência de luto e a adaptação a uma gravidez posterior, constituindo o objectivo deste estudo.

## METODOLOGIA

### *Participantes*

Foram recrutados para o presente estudo 36 participantes, incluindo 17 homens e 19 mulheres (a recolha de amostra está em curso). Todos os participantes eram casados, à excepção de uma, que indicou ser divorciada. A idade média das mulheres foi de 34.26 (DP = 5.49) e a dos homens de 34.76 (DP = 5.73). As mulheres estudaram, em média, 11.84 anos (DP = 4.49) e os homens 11.25 (DP = 4.19). Não se verificaram diferenças de género relativamente a estas duas variáveis. Quanto à situação profissional, todos os homens se encontravam empregados, por oposição a apenas 84.2% das mulheres (duas estavam desempregadas e outra era doméstica). Os participantes foram avaliados às 18.90 semanas de gestação (DP = 5.10).

### *Instrumentos*

*Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.* Avalia os principais dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) e clínicos (história obstétrica, dados sobre a perda e sobre a gravidez actual).

*Perinatal Grief Scale* (11, 12). Questionário com 33 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de *Concordo totalmente* a *Discordo totalmente*). Pretende avaliar os pensamentos e sentimentos actuais da pessoa face a uma perda gestacional, incluindo três factores: *Luto Activo* (diz respeito a sinais normativos de luto, incluindo choro, tristeza e saudades do bebé), *Dificuldades de Coping* (engloba dificuldades no desempenho de actividades e no relacionamento com os outros) e *Desespero* (refere-se a sentimentos de falta de esperança e desvalorização pessoal). A consistência interna dos factores oscilou entre .85 e .92 para as mulheres e .82 e .91 para os homens. Pontuações mais elevadas reflectem maior intensidade do luto.

*Brief Symptom Inventory 18* (13). Questionário com 18 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, variando entre *Nada* e *Extremamente*. É apresentado um conjunto de sintomas relacionados com *Depressão* (tristeza, desvalorização pessoal, anedonia), *Ansiedade* (nervosismo, agitação, tensão) e *Somatização* (desmaios, dores no peito, dificuldade em respirar), indicando a pessoa até que ponto se sentiu perturbada pelos mesmos nos sete dias precedentes. O alfa de Cronbach dos factores variou, nas mulheres, entre .85 e .92, e nos homens entre .79 e .89. Pontuações superiores traduzem maior intensidade destas manifestações psicossintomatológicas. No presente estudo, apenas foram consideradas as dimensões *Depressão* e *Ansiedade*.

*World Health Organization Quality of Life Bref* (14, 15). Questionário com 26 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de cinco pontos. Para além da *Faceta Geral*, são também avaliados quatro domínios da qualidade de vida: *Físico*, *Psicológico*, *Relações Sociais* e *Ambiente* (não considerado no presente estudo). Apenas foram utilizadas os factores com uma consistência interna superior a .60 (o que levou à exclusão do domínio *Relações Sociais* dos homens). Pontuações superiores equivalem a uma percepção de qualidade de vida mais elevada.

### Procedimentos

Esta investigação enquadra-se no âmbito de um projecto longitudinal actualmente em curso, aprovado pela Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), EPE. Os participantes foram contactados pelos investigadores na Maternidade Dr. Daniel de Matos, HUC, EPE, aquando das suas consultas de Obstetrícia ou Diagnóstico Pré-Natal. Os objectivos do estudo foram apresentados e as pessoas disponíveis para colaborar assinaram um documento de consentimento informado. Foram distribuídas duas versões (feminina e masculina) dos questionários, tendo sido pedido aos casais que os preenchessem em casa e entregassem na consulta seguinte. Os critérios de inclusão para o presente estudo englobaram: a) gravidez actual; b) história de interrupção médica da gravidez; c) idade materna superior a 18 anos; d) capacidade para compreender os questionários do protocolo de avaliação; e) preenchimento de, no mínimo, 80% das perguntas dos questionários.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados deste estudo foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Em termos de estatísticas descritivas, foram calculadas as médias e desvios-padrão relativamente a dados sociodemográficos e clínicos. Foram efectuadas correlações de Spearman para avaliar a associação entre luto perinatal, psicossintomatologia e qualidade de vida. O nível de significância considerado foi de .05.

*Associação entre luto perinatal e adaptação à gravidez no sexo feminino.* Verificaram-se diversas correlações entre luto e qualidade de vida. A dimensão *Luto Activo* associou-se à *Faceta Geral* ( $r_s = -.58, p < .05$ ) e ao domínio *Relações Sociais* ( $r_s = -.54, p < .05$ ). A dimensão *Dificuldades de Coping* relacionou-se com os domínios *Físico* ( $r_s = -.61, p < .05$ ) e *Psicológico* ( $r_s = -.56, p < .05$ ). Por fim, a dimensão *Desespero* associou-se aos domínios *Físico* ( $r_s = -.69, p < .01$ ), *Psicológico* ( $r_s = -.79, p < .01$ ) e *Relações Sociais* ( $r_s = -.70, p < .01$ ). Apenas esta dimensão de luto se associou à *Depressão* ( $r_s = .70, p < .01$ ) e à *Ansiedade* ( $r_s = .68, p < .05$ ).

*Associação entre luto perinatal e adaptação à gravidez no sexo masculino.* Relativamente à qualidade de vida, a única correlação significativa verificou-se entre a *Faceta Geral* e o *Luto Activo* ( $r_s = -.89, p < .01$ ). Não se verificaram associações significativas entre luto perinatal e psicossintomatologia.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em síntese, os sintomas de luto perinatal parecem relacionar-se com a adaptação a uma gravidez subsequente, especificamente com a psicossintomatologia e com a qualidade de vida, embora tal se verifique de forma diferenciada para cada género. Para as mulheres, a ligação entre sintomas de luto e adaptação é mais acentuada, traduzindo-se em mais sintomas depressivos e ansiosos e pior percepção de qualidade de vida, quando os sintomas de luto são mais intensos. Esta associação é particularmente notória no que se refere às dimensões de luto consideradas menos adaptativas. No caso dos homens, apenas as manifestações de luto normativas se associam à percepção geral da sua qualidade de vida, avaliada como inferior quando os sintomas presentes são mais intensos.

Estes resultados reflectem as conclusões de outros trabalhos, que identificam no género feminino maior intensidade e duração nos sintomas de luto. A vivência física da perda, bem como da nova gravidez, pode acentuar estas manifestações. Para além disso, as manifestações de luto das mulheres traduzem-se, frequentemente, em sintomas depressivos e ansiosos, enquanto os homens podem expressar o luto através de dificuldade em trabalhar, isolamento social, hostilidade, raiva e abuso de álcool (16).

## CONCLUSÕES

Atendendo às especificidades da vivência de uma gravidez após uma perda gestacional, é importante que os profissionais de saúde da área de Obstetria estejam especialmente atentos a estes casais. As diferenças de género identificadas apontam o sexo feminino como um alvo preferencial de intervenção. Sintomas maternos de depressão e ansiedade, embora possam ser considerados normativos neste contexto, podem não só afectar o estado de saúde da mulher, como também prejudicar o bebé. Dada a sua relação com o luto perinatal, torna-se relevante proporcionar a estas mulheres acompanhamento psicológico ao longo da gravidez, com o objectivo de promover a adaptação à nova gestação e, simultaneamente, auxiliar o processo de luto. Se possível, deve ser feita uma avaliação psicológica ainda antes da concepção, sensibilizando o casal para a importância que o estado emocional assume durante a vivência de uma gravidez.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) CANADA. Public Health Agency of Canada - *Family-centred maternity and newborn care: national guidelines*. Ottawa: Ed. Autor, 2000.
- (2) KAVANAUGH, Karen ; WHEELER, Sara Rich - When a baby dies: Caring for bereaved families. In: KENNER, Carol ; LOTT, Judy Wright, coord. *Comprehensive neonatal nursing: a physiologic perspective*. 3ª ed. Philadelphia: WB Saunders, 2003. p. 108-126.
- (3) FONSECA, Ana Dias da - *Contributo para o estudo do impacto das perdas perinatais na adaptação e no crescimento pós-traumático materno: determinantes individuais, interpessoais e a intervenção psicológica*. Coimbra: [s.n.], 2008. Tese de Mestrado Integrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- (4) CALLISTER, Lynn Clark - Perinatal loss: a family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. Vol. 20, nº 3 (2006), p. 227-234.
- (5) HEUSTIS, Jane ; Jenkins, Marcia - *Companioning at a time of perinatal loss: A guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins: Companion Press, 2005.
- (6) Cuisinier, M. e outros - Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Vol. 17, n.º 3 (1996), p. 168-174.
- (7) WHEELER, Sara Rich - A loss of innocence and a gain in vulnerability: subsequent pregnancy after a loss. *Illness, Crisis & Loss*. Vol. 8, n.º 3 (2000), p. 310-326.
- (8) FRANCHE, Renée-Louise ; MIKAIL, Samuel - The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science & Medicine*. Vol. 48 (1999), p. 1613-1623.
- (9) HUGHES, Patricia ; TURTON, Penny ; EVANS, Chris - Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *British Medical Journal*. Vol. 318 (1999), p. 1721-1724.
- (10) STATHAM, Helen - Prenatal diagnosis of fetal abnormality: the decision to terminate the pregnancy and the psychological consequences. *Fetal and Maternal Medicine Review*. Vol. 13, n.º 4 (2002), p. 213-247.
- (11) POTVIN, Louise ; LASKER, Judith ; TOEDTER, Lori - Measuring grief: a short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Vol. 11, n.º 1 (1989), p. 29-45.
- (12) ROCHA, José Carlos Ferreira Cardoso da - *Fatores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez*. Porto: [s.n.], 2004. Dissertação de Doutoramento, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- (13) DEROGATIS, Leonard - *BSI-18: administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems, 2000.
- (14) WHOQOL Group - The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*. Vol. 46, n.º 12 (1998), p. 1569-1585.
- (15) CANAVARRO, Maria Cristina e outros - Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In: SIMÕES, Mário e outros, coord. *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora, 2007. p. 77-100. vol. III.
- (16) FRANCHE, Renée-Louise ; BULOW, Cathy - The impact of a subsequent pregnancy on grief and emotional adjustment following a perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 20, n.º 2 (1999), p. 175-187.

# DIAGNÓSTICO DE ANOMALIA CONGÊNITA NO BEBÉ NO PERÍODO PERINATAL

## O PAPEL DA PERCEÇÃO PARENTAL ACERCA DO DIAGNÓSTICO NA QUALIDADE DE VIDA

Fonseca, A.\*

Nazaré, B.\*\*

Canavarro, M. C.\*\*\*

---

\* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa - Aluna de Doutoramento em Psicologia Clínica e da Família (Programa Inter-Universitário) (Bolsa de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia – BD/SFRH/47053/2008). Psicóloga colaboradora da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE; e-mail: ana.fonseca77@gmail.com

\*\* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa - Aluna de Doutoramento em Psicologia da Saúde (Programa Inter-Universitário) (Bolsa de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia – BD/SFRH/43204/2008). Psicóloga colaboradora da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE; e-mail: abarbaravn@gmail.com

\*\*\* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Professora Associada com Agregação. Psicóloga coordenadora da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE; e-mail: mccanavarro@fpce.uc.pt

## RESUMO

**Introdução:** A notícia de um diagnóstico de anomalia congénita no bebé no período perinatal tem impacto na adaptação parental. O momento da notícia tem sido documentado como particularmente significativo para os pais e com possível influência na forma como lidam com o diagnóstico. Este trabalho pretende: 1) caracterizar a qualidade de vida (QdV) dos pais que experienciam um diagnóstico de anomalia congénita no bebé, comparando-a com um grupo de referência constituído por pais de bebés saudáveis; 2) avaliar o papel da percepção parental acerca da comunicação do diagnóstico e acerca do diagnóstico na adaptação parental. **Método:** Os participantes do grupo clínico (n = 53) e do grupo de referência (n = 57) preencheram uma ficha de informação sociodemográfica e o WHOQOL-Bref para avaliar a QdV. Os participantes do grupo clínico responderam ainda a questões sobre a percepção acerca do diagnóstico. **Resultados e conclusões:** Os resultados evidenciam o impacto significativo da notícia do diagnóstico na QdV parental: a percepção acerca da comunicação do diagnóstico e das implicações do diagnóstico para o futuro do bebé influenciam a QdV parental. Estes resultados alertam-nos para aspectos a ter em conta pelos profissionais de saúde, nomeadamente no que respeita à comunicação da notícia do diagnóstico.

**Palavras-chave:** anomalia congénita no bebé; qualidade de vida; adaptação parental; comunicação do diagnóstico.

## ABSTRACT

**Introduction:** A diagnosis of congenital anomaly in the baby during the perinatal period has an impact on parental adjustment. The moment of the diagnosis communication is particularly meaningful for parents and influences the way they deal with it. Our goals are twofold: 1) to characterize the quality of life (QoL) of parents who experience a diagnosis of congenital anomaly in the baby, comparing it with a reference group composed of parents of healthy babies; 2) to assess the role of parental perceptions about the diagnosis and its communication on parental adjustment. **Method:** Participants in the clinical group (n = 53) and in the reference group (n = 57) completed a sociodemographic questionnaire and the WHOQOL-Bref to assess QoL. The clinical group also answered questions on perceptions about the diagnosis and its communication. **Results and Conclusions:** Results showed the significant impact of the diagnosis in parental QoL; parental perceptions about diagnosis disclosure and about future implications of the diagnosis for baby's life influence parental QoL. These results highlight some aspects to be taken into account by health professionals, namely regarding disclosure of congenital anomaly diagnosis.

**Keywords:** diagnosis of congenital anomaly in the baby; quality of life; parental adjustment; diagnosis communication.

## INTRODUÇÃO

A notícia do diagnóstico de anomalia congénita no bebé no período perinatal assume repercussões na adaptação parental. Quando confrontados com esta notícia, os pais necessitam de lidar com aspectos imediatos, como a incerteza muitas vezes associada ao diagnóstico e a maior necessidade de recorrer aos serviços de saúde, mas também com expectativas associadas às futuras exigências acrescidas a nível financeiro, profissional e social, bem como à reorganização do funcionamento familiar (Mazer e outros, 2008; Mussatto, 2006). Tratando-se de aspectos que envolvem a dimensão individual, relacional e do contexto mais alargado, é expectável que a notícia do diagnóstico se reflecta negativamente na qualidade de vida (QdV) parental, entendida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHOQOL Group, 1994, p. 28).

Neste contexto, alguns estudos têm demonstrado que os pais de bebés com um diagnóstico de anomalia congénita apresentam, comparativamente com outros pais, mais queixas físicas, níveis superiores de ansiedade, depressão e stress e problemas de ajustamento social (Pelchat e outros, 1999; Raina e outros, 2005), embora este padrão não seja uniforme (Hedderly, Baird e McConachie, 2003).

Após a notícia inicial do diagnóstico, os pais dão início à construção de uma percepção acerca do diagnóstico do bebé (percepção do impacto actual e futuro do diagnóstico na vida da criança e da família), percepção essa que influenciará a forma como lidam com o diagnóstico e como se adaptam à notícia (Marshak, Seligman e Prezant, 1999). Essa percepção inicial depende de aspectos como a informação apreendida no momento da comunicação da notícia (Aite e outros, 2004) e a compreensão do diagnóstico (Doherty e outros, 2009). A satisfação com a forma como o diagnóstico foi comunicado tem sido também associada à adaptação parental: o tipo de informação fornecida e as características interpessoais (empatia, respeito) do profissional de saúde surgem como aspectos importantes (Hasnat e Graves, 2000; Hedderly e outros, 2003).

Perante o exposto, são objectivos deste trabalho: 1) Comparar a QdV de um grupo de pais que recebeu um diagnóstico de anomalia congénita no bebé com a de um grupo de pais de bebés saudáveis; 2) Compreender o impacto da percepção parental acerca da comunicação do diagnóstico e do próprio diagnóstico (incapacidades futuras para o bebé) nos diferentes domínios da QdV.

## METODOLOGIA

### *Participantes*

A amostra é constituída por 110 participantes, divididos em dois grupos: clínico (GC,  $n = 53$ , pais que receberam, há cerca de um mês, a notícia do diagnóstico de anomalia congénita do bebé) e de referência (GR,  $n = 57$ , pais de bebés saudáveis).

A percentagem de participantes do sexo feminino é de 56.6% (GC) e 52.6% (GR), e a maioria dos participantes são casados ou vivem em união de facto nos dois grupos (GC: 92.5% vs. GR: 93%). A idade média dos participantes do GC é de 31.42 anos ( $DP = 4.87$ ) e dos do GR de 30.04 ( $DP = 3.74$ ). Em termos profissionais, a maioria dos participantes está empregada (86.8% no GC e 91.2% no GR) e possui cerca de 13 anos de escolaridade média (GC: 13.75,  $DP = 3.39$  vs. GR: 13.11,  $DP = 3.28$ ). Os dois grupos são semelhantes estatisticamente em todas as características sociodemográficas.

No GC, os diagnósticos de anomalia congénita mais frequentes são as uropatias (37.7%), as malformações visíveis (32.1%) e as malformações ao nível do SNC (18.9%).

### *Instrumentos*

Todos os participantes preencheram uma ficha de dados sociodemográficos e o WHOQOL-Bref para avaliar a QdV (versão portuguesa: Vaz Serra e outros, 2006). Este instrumento é constituído por 26 itens, respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, e organizados em quatro domínios (*Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente*) e numa faceta geral da QdV, que não foi utilizada, por apresentar valores de alfa de cronbach inferiores a .60 na nossa amostra. Pontuações superiores indicam uma percepção de melhor QdV nos diferentes domínios.

Apenas no GC, foram também avaliadas a percepção parental acerca de diferentes aspectos da comunicação do diagnóstico (momento, local, tipo e quantidade de informação recebida, compreensão demonstrada pelo profissional de saúde e possibilidade de esclarecer dúvidas; escalas analógicas de 0 = *Nada adequado* a 100 = *Totalmente adequado*) e acerca do diagnóstico (gravidade, frequência e percepção de incapacidades futuras ao nível da aprendizagem, mobilidade, comunicação, relações com os outros, actividades do dia-a-dia e auto-cuidados; escalas analógicas de 0 = *Nada* a 100 = *Extremamente*).

### *Procedimentos*

Este estudo tem aprovação da Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), EPE, tendo sido respeitados os princípios éticos da investigação (explicitação dos objectivos da investigação, do papel dos investigadores e dos participantes e obtenção de consentimento informado dos participantes). Todos os participantes foram recrutados na Maternidade Dr. Daniel de Matos (HUC), nas consultas de Obstetria Geral (GR) ou de Especialidade (GC). O estudo foi apresentado pela equipa médica, tendo sido contactados pelos investigadores os participantes que aceitaram colaborar na investigação.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

### *Qualidade de vida: Comparação entre grupo clínico e grupo de referência*

Os participantes do GC apresentam uma QdV significativamente inferior à dos participantes do GR (Traço de Pillai = .107,  $F_{(4,99)} = 2.978$ ,  $p = .002$ ,  $\eta^2 = .107$ ). As análises univariadas evidenciam que as diferenças entre os grupos atingem significância estatística nos domínios Psicológico e Relações Sociais da QdV (Quadro 1).

Quadro 1 – QdV no grupo clínico e no grupo de referência: ANOVAs

	Grupo		F	p
	clínico M (DP)	referência M (DP)		
Domínio Físico	74.85 (12.97)	77.91 (10.93)	1.694	.196
Domínio Psicológico	73.58 (13.51)	79.32 (11.30)	5.548	.020
Domínio Relações Sociais	71.00 (16.08)	80.56 (12.64)	11.435	.001
Domínio Ambiente	67.69 (13.02)	70.49 (11.16)	1.391	.241

### *Qualidade de vida: A influência da percepção parental acerca da comunicação do diagnóstico*

Maior satisfação com o tipo ( $r_s = .444, p = .003$ ) e a quantidade de informação recebida sobre o diagnóstico ( $r_s = .322, p = .031$ ), bem como com a possibilidade de esclarecer dúvidas ( $r_s = .328, p = .028$ ) associa-se a uma maior QdV no domínio Físico. A satisfação com a compreensão demonstrada pelos profissionais de saúde no momento de comunicação do diagnóstico associa-se positiva e significativamente à QdV nos domínios Psicológico ( $r_s = .333, p = .029$ ) e Relações Sociais ( $r_s = .292, p = .05$ ).

### *Qualidade de vida: A influência da percepção parental acerca das incapacidades futuras do bebé associadas ao diagnóstico*

A percepção de incapacidades ao nível dos auto-cuidados (higiene, alimentação) associa-se significativa e negativamente a uma menor percepção de QdV no domínio Ambiente ( $r_s = -.324, p = .028$ ). De notar também a associação negativa marginalmente significativa (considerando  $p < .10$ ) que se verifica entre a percepção de incapacidade futura ao nível das actividades da vida diária e os domínios Relações Sociais ( $r_s = -.259, p = .08$ ) e Ambiente ( $r_s = -.257, p = .08$ ) da QdV.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este trabalho procurou focar-se na QdV dos pais após a notícia de um diagnóstico de anomalia congénita no bebé, no período perinatal. Os pais que receberam um diagnóstico de anomalia congénita no bebé apresentam, como esperado, níveis inferiores de QdV, especificamente ao nível dos domínios Psicológico e Relações Sociais. Estes resultados apoiam as investigações anteriores que apontam para o impacto que este acontecimento pode ter na adaptação parental (Pelchat e outros, 1999). Embora a prestação de cuidados esteja inerente à parentalidade de um bebé recém-nascido, este papel assume outro significado quando o bebé possui limitações funcionais e possível dependência a longo-prazo (Raina e outros, 2005).

No que respeita à comunicação do diagnóstico, a maior satisfação com a informação disponibilizada e a possibilidade de esclarecer dúvidas associam-se à QdV no domínio Físico. Estes resultados apontam para a importância que a informação acerca do diagnóstico do bebé pode ter, possibilitando aos pais um melhor conhecimento da situação clínica e, conseqüentemente, uma percepção de maior preparação para lidar com os diferentes desafios

que lhes possam ser colocados (restituição da percepção de controlo dos acontecimentos) (Marshak e outros, 1999). Por outro lado, a compreensão por parte dos profissionais de saúde aquando da comunicação da notícia pode oferecer aos pais a oportunidade de se sentirem reconhecidos e validados nos seus sentimentos e receios, o que pode configurar-se numa melhor QdV no domínio Psicológico (Hedderly e outros, 2003).

Finalmente, a associação entre a percepção de incapacidades futuras do bebé ao nível das actividades de vida diária e dos auto-cuidados e a QdV nos domínios Ambiente e Relações Sociais pode ter subjacente o facto de os pais avaliarem as suas condições actuais como insuficientes, em termos de apoio social e de serviços sociais e de saúde, condições habitacionais e de transporte (aspectos avaliados no domínio Ambiente da QdV), tendo em conta as exigências futuras do bebé - esta hipótese carece de confirmação em investigações posteriores.

## CONCLUSÕES

Os principais resultados obtidos neste estudo sublinham o impacto, na adaptação parental, da notícia do diagnóstico de anomalia congénita no bebé no período perinatal. Adicionalmente, alertam-nos para o papel da percepção parental acerca da comunicação da notícia e acerca do diagnóstico.

Em termos clínicos, os resultados apontam para a necessidade de os profissionais de saúde reconhecerem o impacto significativo deste acontecimento na adaptação parental e de, na sua actuação, proporcionarem condições que ajudem os pais a lidar com a notícia do diagnóstico. Adicionalmente, sugerem a importância do momento de comunicação da notícia, para o qual deve ser proporcionado um ambiente de respeito e empatia que demonstre compreensão e aceitação das reacções parentais, bem como de fornecer a informação adequada, com possibilidade de esclarecer dúvidas, com vista a promover uma melhor adaptação parental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITE, Lucia e outros – Antenatal diagnosis of diaphragmatic hernia: Parents' emotional and cognitive reactions. *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. 39, n.º 2 (2004), p. 174-178.

DOHERTY, Nicola e outros – Predictors of psychological functioning in mothers and fathers of infants born with severe congenital heart disease. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 27, n.º 4 (2009), p. 390-400.

HASNAT, Monika; GRAVES, Philip – Disclosure of developmental disability: A study of parent satisfaction and the determinants of satisfaction. *Journal of Paediatrics and Child Health*. Vol. 36 (2000), p. 32-35.

HEDDERLY, Tammy; BAIRD, Gillian; MCCONACHIE, Helen – Parental reaction to disability. *Current Paediatrics*. Vol. 13 (2003), p. 30-35.

MARSHAK, Laura; SELIGMAN, Milton; PREZANT, Fran – *Disability and the family life cycle: Recognizing and treating developmental challenges*. New York: Basic Books, 1999.

MAZER, Petra e outros – Impact of a child with congenital anomalies on parents (ICCAP) questionnaire: A

psychometric analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. Vol. 6, n.º 102 (2008), p. 102-110.

RAINA, Parminder e outros – The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*. Vol. 115 (2005), p. 626-636.

VAZ-SERRA, Adriano e outros – Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 27, n.º 1 (2006), p. 41-49.

WALLANDER, Jan; VENTERS, Trudi – Perceived role restriction and adjustment of mothers of children with chronic physical disability. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 20, n.º 5 (1995), p. 619-632.

WHOQOL GROUP – Development of WHOQOL: Rationale and description. *International Journal of Mental Health*. Vol. 23, n.º 3 (1994), p. 24-56.

## FACTORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO DAS PESSOAS COM IRC EM DIÁLISE

Machado, M.\*  
Braga, F.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho, Professora adjunta; Doutoranda em Enfermagem ICS UCP;  
e-mail: mmachado@ese.uminho.pt

\*\* Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho, Professora adjunta; Doutoranda em Enfermagem ICS UCP;  
e-mail: fbraga@ese.uminho.pt

## RESUMO

A adesão ao regime terapêutico (RT) é um foco de atenção dos enfermeiros, com particular relevância na gestão das doenças crónicas. A não adesão representa um enorme peso nos gastos com a saúde e tem um grande impacto na qualidade de vida das pessoas e na economia mundial (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004).

Participaram nesta pesquisa, que teve por finalidade explorar o fenómeno da adesão ao RT das pessoas com Insuficiência Renal Crónica (IRC) e como objectivo identificar factores com impacto positivo e negativo no comportamento de adesão, 12 pessoas com IRC em diálise.

Os factores identificados com impacto positivo foram: As estratégias pessoais para integrar o RT nos hábitos diários; Realizar as refeições em casa; Reconhecer benefícios no cumprimento das recomendações; Acontecimentos de saúde marcantes; O receio das consequências da não adesão; As excepções esporádicas à dieta; O autocontrolo; As preferências pessoais coincidentes com o recomendado; A consulta de informação escrita e o estado psicológico.

Factores com impacto negativo: A ausência de consequências da não adesão; As preferências pessoais diferentes do recomendado; A ausência de autocontrolo e auto eficácia; As crenças de saúde; A realização das refeições fora de casa; A influência social; A ausência de ocupação; Passado de não adesão; Factores psicológicos negativos; Responsabilidade de preparar as refeições de toda a família; Perceber o RT como uma imposição e a complexidade do regime alimentar.

A dimensão do RT com maior impacto na qualidade de vida é o controlo dos líquidos, seguida da frequência e duração do tratamento.

**Palavras-chave:** Adesão; impacto positivo; impacto negativo.

## ABSTRACT

Adherence to treatment (RT) is a focus of nurse's attention, with particular relevance in the management of chronic diseases. Non-adherence is a huge burden on health spending and has a major impact on quality of life and the world economy.

Participated in this survey, which aimed to explore the phenomenon of adherence of people with Chronic Renal Failure (CKD) and to identify those factors with positive and negative impact on adherence behavior, 12 people with CKD on dialysis.

Factors with positive impact were identified: personal strategies for integrating RT in daily habits; Make meals at home, recognize the benefits in addressing the recommendations; Health remarkable events; The fear of the consequences of noncompliance; The sporadic exceptions to the diet; Self-control; Personal preferences coincide with the recommendations; Consultation with written information and positive psychological state.

Factors with negative impact: The lack of consequences of noncompliance; Personal preferences other than recommended; The absence of self efficacy, health beliefs; The holding of meals away from home, Social influence; The absence of occupation; Past of noncompliance; Negative psychological state, Responsibility to prepare meals for the whole family; Understanding the RT as an imposition and complexity of the diet.

The dimension of the RT with the greatest impact on quality of life is the control of liquids, then the frequency and duration of treatment.

**Keywords:** Adherence; positive factors; negative factors.

## INTRODUÇÃO

O fenómeno da Adesão tem sido amplamente estudado nos últimos anos, tal é a magnitude do problema da não adesão e a sua importância nos cuidados de saúde (Bugalho, A. and Carneiro, A.V., 2004; Cabral, M.V. and Silva, P.A.d., 2010; Silva, M.J.R.d., 2010; WHO, 2003) . O aparecimento de uma doença crónica, como é o caso da Insuficiência Renal crónica terminal (IRC), implica frequentemente a modificação dos hábitos de vida e o recurso a esquemas terapêuticos, que a pessoa não é capaz de integrar no seu dia-a-dia, resultando daí, riscos para o seu projecto de saúde. São exemplos de dimensões do regime terapêutico que requerem a adaptação da pessoa com IRC, os hábitos alimentares, a gestão da medicação e o controlo da quantidade de líquidos ingeridos, entre outros (Johnson, M. [et al.], 2004).

## METODOLOGIA

Com o intuito de identificar factores com impacto positivo e negativo no comportamento de adesão foi realizado um estudo exploratório de natureza qualitativa que procurou identificar os factores que influenciam o comportamento de adesão, das pessoas com IRC em diálise.

Participaram no estudo 12 pessoas com IRC em diálise há mais de um ano e menos de cinco anos, das quais 4 aderem ao regime terapêutico, 4 são parcialmente aderentes e 4 não aderentes.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada. Para análise e tratamento dos dados seguimos os procedimentos da *Grounded Analysis*, nomeadamente a codificação aberta (Fernandes, E. and Maia, A., 2001; Lopes, M.J., 2003).

## RESULTADOS

No domínio dos comportamentos adoptados, que se refere ao modo como a pessoa cumpre as recomendações, emergiram as categorias conceptuais: facilitadores da adesão, factores que dificultam a adesão, recomendações alimentares e comportamentos de não adesão. São facilitadores da adesão: as estratégias pessoais para aderir;

acontecimentos anteriores marcantes; refeições preparadas por outros, em casa; ter ocupação; preferências pessoais de acordo com o recomendado; exceções esporádicas à dieta; reconhecer o benefício da acção; receio das consequências; auto-controlo e consultar informação escrita. Dificultam a adesão: as preferências pessoais diferentes do recomendado; muitas restrições alimentares em simultâneo; ausência de consequências da não adesão; influência social; ausência de limite no peso a tirar por tratamento; regime terapêutico não negociado; responsabilidade da confecção das refeições da família; ausência de ocupação; factores psicológicos negativos; deixar terminar os medicamentos; refeições fora de casa; ausência de auto controlo; crenças de saúde; passado de não adesão; ausência de auto eficácia. São recomendações alimentares, referidas pelos participantes: confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio; evitar bebidas alcoólicas; escolher alimentos com menos potássio; eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio; reduzir o sal; ingestão de líquidos de acordo com a quantidade de urina. São comportamentos de não adesão adoptados pelos participantes: não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio; beber água gelada/gelo; não controlar a quantidade de líquidos.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Utilizando como modelo de análise o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, os factores que dificultam a adesão surgem em número crescente dos participantes aderentes, para os parcialmente aderentes e não aderentes, o que confirma o descrito no modelo, ou seja, que quanto mais barreiras percebidas à acção maior dificuldade em obter como resultado um comportamento de promoção da saúde; a *auto-eficácia percebida*, vai de encontro ao que emergiu nas subcategorias *autocontrolo*, *ausência de autocontrolo* e *ausência de auto eficácia*, em que a primeira facilita a adesão e as seguintes são factores que dificultam a mesma; finalmente as *influências interpessoais*, nomeadamente da família, dos pares e dos prestadores de cuidados, encontram-se nas subcategorias *influência social*, *ter ocupação* e *ausência de ocupação* (Sakraida, T.J., 2004).

## CONCLUSÕES

O envelhecimento progressivo da população e o aumento das doenças crónicas traduz-se num aumento exponencial dos gastos com a saúde. “*Prevê-se que o impacto económico mundial das doenças crónicas continue a crescer até 2020, altura em que corresponderá a 65% das despesas para a saúde em todo o mundo*” (Bugalho, A. and Carneiro, A.V., 2004). Importa pois, definitiva e efectivamente, integrar a temática da adesão/gestão do RT, nos curricula dos cursos de todos os profissionais de saúde, uma vez que, só uma abordagem multidisciplinar produzirá os resultados desejados. Todos os profissionais de saúde, deverão dispor de formação e treino, que lhes permitam, cada um na sua área definir e implementar intervenções para melhorar a adesão ao RT (WHO, 2003).

Assim, as terapêuticas de enfermagem promotoras de uma melhor adesão, como processo intencional da acção profissional dos enfermeiros, são uma excelente oportunidade de desenvolvimento profissional e das práticas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. V. - *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2004.
- CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara da - *A Adesão à Terapêutica em Portugal - Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. 1.ª ed. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2010.
- FERNANDES, E.; MAIA, A. - *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, 2001.
- JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. - *Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- LOPES, M.J. - A metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista de Investigação de Enfermagem*. Vol. 8 (2003), p. 63-74.
- SAKRAIDA, T.J. - *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência, 2004.
- SILVA, Mário João Ribeiro da - *O Ser Humano e a Adesão ao Regime Terapêutico - Um olhar sistémico sobre o fenómeno*. 1.ª ed. Coimbra: Formasau, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO, 2003.

## QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA DO HUMOR E...ALGUMAS VOZES DESESPERADAS

Macedo, E.\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho, Professora Adjunta; e-mail: emacedo@ese.uminho.pt

## RESUMO

A avaliação da Qualidade de Vida (QDV) é especialmente útil para a aplicação na pesquisa e na prática clínica de psiquiatria principalmente para se perceber o impacto das doenças mentais e o possível benefício das intervenções terapêuticas. De uma forma geral os estudos revelam limitações na QDV em pessoas com doenças do humor ou sintomatologia depressiva. Este estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão entre a presença de doença de humor e a QDV em contexto português. **Amostra:** 39 sujeitos com doença do humor diagnosticada e 39 sem doença do humor diagnosticada. **Instrumentos:** WHOQOL-Bref e Índice de Graffar. **Resultados:** O 1º Grupo (com doença do humor diagnosticada) apresenta em todos os domínios do WHOQOL-Bref e Faceta QDV Geral scores mais baixos que o 2º Grupo (sem doença mental diagnosticada). **Conclusões:** De uma forma geral os resultados confirmam a evidência científica anterior a qual revela que as doenças mentais e concretamente as doenças do humor e sintomatologia depressiva têm um impacto negativo na QDV nas pessoas. O trabalho também referencia elementos dos discursos dos sujeitos com doença de humor que evidenciam desespero profundo.

**Palavras-chave:** qualidade de vida; doenças do humor; desespero.

## ABSTRACT

Assessing the Quality of Life (QOL) is particularly useful for application in research and clinical practice of psychiatry mainly to understand the impact of mental illness and the possible benefits of therapeutic interventions. In general the studies show limitations in QOL in people with mood disorders or depressive symptoms. This study aims to contribute to a better understanding between the presence of mood disease and QOL in a Portuguese context. **Sample:** 39 subjects with mood diagnosed and 39 patients without mood diagnosed: WHOQOL-Bref and Graffar Index. **Results:** Group 1 (With mood disease diagnosed) present in all domains of WHOQOL-Bref and Facet Overall QOL lower than Group 2 (without mood disease diagnosed) **Conclusions:** Overall the results confirm the evidence above which shows that mental illness and diseases, particularly, mood diseases and depressive symptoms have a negative impact in QOL of people. The work also references speeches elements of subjects with mood disease that show profound despair.

**Keywords:** Quality of life; mood diseases; despair.

## INTRODUÇÃO

O Grupo da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Group) definiu Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck, et al., 1999a; Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, & Santos, 1999b; Fleck, et al., 2002; Rapley, 2003; WHO, 1997; WHOQOL Group,

1998). A QDV refere-se a uma avaliação subjectiva a qual está incluída num contexto social cultural e ambiental, com um sistema de valores local. Não é apenas equacionado como estado de saúde, satisfação com a vida, estado mental e bem-estar. É um conceito multidimensional e altamente individual (Higginson & Carr, 2001). A avaliação da QDV é especialmente útil para a aplicação na pesquisa e na prática clínica de psiquiatria principalmente para se perceber o impacto das doenças mentais e o possível benefício das intervenções terapêuticas (Berlim & Fleck, 2003). A doença mental tem uma alta prevalência mundial (World Health Organization, 2004) e Portugal acompanha essas tendências (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007). Sendo as doenças do humor, especialmente a depressão, as doenças que mais sobrecarregam a nossa sociedade (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005) estimando-se um aumento da sua prevalência no futuro, importa que lhes seja dado um espaço para serem estudadas.

De uma forma geral os estudos revelam limitações na QDV em pessoas com doenças do humor ou sintomatologia depressiva (Fleck et al., 2002; Moore et al., 2005; Michalak, et al., 2005; Papakostas et al., 2004; Rodrigues & Leal, 2004; Xavier, et al., 2001).

Ainda, quando o interesse das investigações é perceber como se comportam as emoções das pessoas com doença mental, verifica-se que a doença mental aguda provoca mudanças nas emoções das pessoas (Melges & Fougereousse, 1966) sendo, neste sentido, importante dar relevo à informação de que as doenças do humor têm sido associadas ao risco significativo de suicídio (WHO, 2000).

### *Objectivo do Estudo*

O presente estudo visa contribuir para uma melhor compreensão entre a presença de doença do humor e a QDV de pessoas em contexto português.

## **METODOLOGIA**

### *Tipo de estudo*

O estudo apresentado é um estudo comparativo.

### *Participantes*

A amostra é constituída por 78 sujeitos; 39 com doença de humor diagnosticada – depressão *major*, distímia, doença bipolar e doença depressiva sem outra especificação (1º Grupo) e 39 sem doença mental diagnosticada (2º Grupo) e ambos os grupos pertencem à região de Braga. O 1º Grupo foi seleccionado de entre as pessoas inscritas na consulta externa de um Hospital do Norte do país tendo sido respeitados todos os requisitos éticos e legais e o 2º grupo foi seleccionado em bola de neve de entre a população geral respeitando-se sempre que possível as características sociodemográficas do 1º Grupo. A recolha de dados foi efectuada no domicílio dos sujeitos.

## Instrumentos

A ambos os grupos foi aplicado o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), versão portuguesa de Portugal (Canavarro, et al., 2006; Vaz Serra, et al., 2006), contemplando campos referentes aos parâmetros sociodemográficos seleccionados e a respeitar e o Índice de Graffar para medir a classe socio-económica dos sujeitos. O WHOQOL-Bref está organizado em quatro domínios: DF (Domínio Físico); DP (Domínio Psicológico); DRS (Domínio Relações Sociais) e DA (Domínio Ambiente) e inclui duas questões mais gerais relativas à percepção geral da qualidade de vida (Faceta QDV Geral) e à percepção geral da saúde.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quando comparados os domínios da qualidade de vida (domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio ambiente) e Faceta QDV Geral entre os dois grupos (com e sem doença do humor diagnosticada) verifica-se que existem diferenças significativas (Quadro 1).

Quadro 1 – Qualidade de vida em sujeitos com e sem doença do humor diagnosticada

Domínios	Com doença (n= 39) Média ± DP	Sem doença (n= 39) Média ± DP	t	U	p
D1 (Físico)	49,73±18,71	68,96±14,96	-5,014		0,000**
D2 (Psicológico)	45,30±16,28	72,12±11,56	-8,387		0,000**
D3 (Relações sociais)	54,06±18,02	72,01±15,35		345,500	0,000**
D4 (Ambiente)	54,41±12,64	58,33±12,89	-1,358		0,089
QDV Geral	48,40±17,49	66,03±14,32		319,500	0,000**

\*p<0.05 \*\*p<0.01

O 1.º Grupo (com doença do humor diagnosticada) apresenta em todos os domínios do WHOQOL – Bref e Faceta QDV Geral *scores* mais baixos que o 2º Grupo (sem doença mental diagnosticada) (cf. Quadro 2) sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas exceptuando o DA (DF: t= -5.014; p=0.000; DP: t=-8.387; p=0.000; DRS: U=345.500; p= 0.000; DA: t=-1.358; p=0.089; Faceta QDV Geral: U= 319.500; p=0.000). A maior diferença nas médias dos domínios entre os dois grupos ocorre nos DF e DP, seguido do DRS e a Faceta QDV Geral e, por fim, o DA.

## CONCLUSÕES

Os resultados confirmam a evidência científica anterior a qual revela que as doenças mentais e concretamente as doenças do humor e sintomatologia depressiva têm um impacto negativo na QDV das pessoas (Gameiro, et al., 2008; Mcntyre, Barroso, & Lourenço, 2002). Os dados deste estudo revelam a diminuição de todos os *scores* dos domínios do WHOQOL-Bref e da Faceta da QDV Geral no Grupo com doença do humor diagnosticada, quando comparado com o Grupo sem doença mental diagnosticada. Verificou-se que os domínios mais afectados pela presença de doença do humor foram o DF e o DP.

Nos discursos dos participantes foram encontradas frequentes notas de desespero intenso, o que nos leva a reflectir sobre as consequências desse sentimento. De facto, o suicídio não é uma doença em si mesmo, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas as doenças mentais são um factor importante associado ao suicídio (WHO, 2000).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERLIM, M.; FLECK, M. - “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 23, n.º 4 (2003), p. 249-252.

CANAVARRO, M. [et, al.] - Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, Vol. 27, n.º 1 (2006), p.15-23.

COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL – Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – Plano de Acção 2007-2016, *Relatório da Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental*, CNRSSM, 2007.

FLECK, M. [et, al.] - Desenvolvimento da versão portuguesa do instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 21 (1999a), p. 19-28.

FLECK, M. [et, al.] - Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, Vol. 32 (1999b), p.198-205.

FLECK, M. [et, al.] - Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados de saúde primários de saúde. *Revista Saúde Pública*, Vol. 36, n.º 4 (2002), p.431-438.

GAMEIRO, S. [et, al.] - Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol.9, n.º 1, (2008), p.103-112.

GUSMÃO, R. [et, al.] - O peso das perturbações depressivas – aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal, *Acta Médica Portuguesa*, n.º 15 (2005), p.129-146.

HIGGINSON, I.; CARR, A. - Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal*, Vol. 322 (2001), p. 1297-1300.

MCNTYRE, T., BARROSO, R., & LOURENÇO, M. - Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, Vol. IV, n.º 5 (2002), p. 13-24.

MELGES, F.T.; FOUGEROUSSE, C.E. - Time sense, emotions, and acute mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 4, n.º 2 (1966), p.127-139.

MICHALAK, E.; YATHAM, L.; LAM, R. - Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 3, n.º 72 (2005). Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-3-72.pdf>

MOORE, M.; HÖFER, S.; MCGEE, H.; RING, L. - Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective?. *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 3, n.º 1 (2005). Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-3-1.pdf>

PAPAKOSTAS, G. [et, al.] - Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature, *General Hospital Psychiatry*, Vol. 20 (2004), p. 13-17.

RODRIGUES, C.; LEAL, I. - Limitações da qualidade de vida em pessoas idosas. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (2004), p. 771-776.

VAZ SERRA, A., [et, al.] - Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, Vol. 27, n.º 1 (2006), p. 41-49.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Investing in mental health*. Geneva : World Health Organization (2004). Acedido em 17, Novembro, 2010, em [http://www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - Preventing suicide: a resource for general physicians. In: *Mental and Behavioral Disorders*, Department of Mental Health, 2000.

WHOQOL GROUP - The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, Vol. 46, n.º 12 (1998), p. 1569-1585.

XAVIER, F. [et, al.] - The prevalence of major depression and its impact in the quality of life, sleep, patterns and cognitive function in a octogenarian population. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 23, n.º 2 (2001), p. 62-70.

## VIVÊNCIAS DA DOENÇA GENÉTICA NA FAMÍLIA

Martinho, J.\*

Martins, M.\*\*

Ângelo, M.\*\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto; Doutorando em Ciências de Enfermagem no ICBAS-UP; e-mail: julia@esenf.pt;

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador; Doutor em Ciências de Enfermagem ICBAS-UP; e-mail: mmartins@esenf.pt

\*\*\* Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem, Professor Titular; Doutor em Psicologia Escolar; e-mail: angelm@usp.br

## RESUMO

A pertinência deste estudo tem por base o facto de considerarmos que a família, representa uma unidade de cuidado que é influenciada pelo meio cultural na qual ela está inserida, pelo sistema de crenças, valores e significados compartilhados, e pelas condições socioeconómicas e educacionais influenciando a vivência do processo de saúde -doença. Desenvolvemos o nosso estudo em famílias com membros doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF). O nosso propósito com este estudo é contribuir para o desenvolvimento de saberes que visem a compreensão do processo saúde-doença em famílias com PAF e este propósito pode ajudar a revelar lógicas implícitas, que possam estar subjacentes a comportamentos de saúde adoptados. Utilizamos uma abordagem de estudo multicase, os dados foram colhidos utilizando a entrevista semi-estruturada a 4 famílias (2 famílias assintomáticas e 2 famílias sintomáticas). Os resultados salientam a importância de olhar para a família, de acordo com as suas aprendizagens, experiências e estágio no ciclo de vida.

**Palavras-chave:** Família; PAF; Doença genética; Enfermagem

## ABSTRACT

The relevance of this study is based on the fact that we believe that family represents a unit of care that is influenced by the cultural milieu in which it is inserted, the system of beliefs, values and shared meanings, and educational and socio-economic conditions influencing the experience of the health and disease process. We develop our study in families with sick members with Familial Amyloid Polyneuropathy (FAP). Our purpose with this study is to contribute to the development of knowledge aimed at understanding the health-disease process in families with FAP and this goal can help reveal implicit logic, which may underlie adopted health behaviors. We use a multi case study approach, data were collected using semi-structured interview of four families (two families asymptomatic and two families symptomatic). The results highlight the importance of looking to family, according to their learning, experience and stage in the life cycle.

**Keyword:** Family; FAP; Genetic Disease; Nursing

## INTRODUÇÃO

Este estudo procura evidenciar “Como percebem as famílias com PAF a experiência de doença?” Entendemos a experiência de doença como a *“forma pela qual os indivíduo e famílias se situam e/ou assumem a situação de doença, atribuindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação”* (Alves & Rabelo, 1999). A paramiloidose também designada de Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) ou ainda de Doença de Corino de Andrade é mais commumente conhecida pela população em geral como doença dos pezinhos. É uma doença genética hereditária, degenerativa, autonómica de carácter dominante. “A expectativa é que os filhos dos doentes tenham 50% de probabilidades de ser afectados pela doença” (Sales-Luís, M., et al, 1988). Afecta o

sistema nervoso periférico com perda de sensibilidade térmica e algica, alterações motoras e autonómico com manifestações gastrointestinais, cardiovasculares, renais, vesico-esfincterianas, oculares, cutâneas e sexuais (Andrade, C, 1952; Conceição, I., 2006; Sales-Luis, M., 2006). Revela-se na idade adulta, é altamente incapacitante e tem uma evolução letal. Cerca de 90 novos casos são diagnosticados todos os anos. A investigação actualmente tem-se intensificado em países onde prevalece a doença nomeadamente na Suécia, Brasil, Japão, Estados Unidos sendo Portugal o maior foco de Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) no mundo.

## IMPLICAÇÕES DA DOENÇA GENÉTICA NA FAMÍLIA

A maioria dos estudos publicados sobre a doença genética na família são estudos epidemiológicos, de recolha biológica ou com foco na biologia molecular, não se centrando na família como unidade que influencia e é influenciada pela experiência da doença genética. Torna-se assim fundamental, conhecer as vivências da doença genética na família sob a sua óptica, por forma, a que a enfermagem, possa acompanhar estas famílias ao longo do seu ciclo vital, dando apoio, suporte, instrução e contributos na sua adaptação, pois só, um conhecimento sistemático, poderá permitir aos enfermeiros planear intervenções, proporcionando que estas famílias encontrem as suas próprias soluções para os problemas identificados. da família. Ao estudarmos o processo de saúde-doença na família, importa compreender que o actual comportamento de saúde não pode ser visto como um acontecimento sem precedência, mas que este faz parte de uma história de adaptação da família ao longo de um tempo. Sendo, por isso, necessário considerar padrões de adaptação, repetições, descontinuidades e sentimentos de competência que são transmitidos ao longo de gerações como expectativas, e sistema de crenças familiares aprendidas (Carter & McGoldrick, 2001). O risco de vir a ter uma doença genética acarreta uma sobrecarga emocional e psicológica, tanto sobre o indivíduo como a família, agravando-se nos casos de início tardio, já que, como afirma (Zagalo-Cardoso & Rolim, 2005), os expõe a sentimentos de incerteza e dúvida prolongada de virem a estar na presença de uma doença de desfecho fatal. O risco genético é geralmente visto como responsabilidade familiar, influenciando a sua estrutura e dinâmica (Forrest et al., 2003). A forma como é vivenciada a doença pode ser um obstáculo ao seu diagnóstico atempado, já que apesar de conhecerem bem a doença e de perspectivarem a probabilidade de a desenvolver, muitas vezes tendem a negar os primeiros sintomas. A comunicação na família sobre o risco genético é uma questão complexa, que é influenciada por experiências anteriores, factores culturais, informação de que dispõe e a percepção individual do nível de incerteza relativo à sua própria estimativa de risco (Forrest et al, 2003). Esta patologia vai sendo aprendida através de uma vivência familiar que impõe muitos tipos de perdas (autonomia, imagem, realização, luto). Não deixa nenhum dos membros indiferentes, já que os que são positivos para o TTRmet 30 virão a padecer da doença, associando-a a experiências já vividas, e os que não são positivos, por vezes, se sentirão “culpabilizados” por não o serem, não deixando ambos de levar na sua bagagem a “doença e as representações a ela ligadas”. Lopes (2003) refere que a doença se desenrola em três tempos: a doença que foi presenciada num dos progenitores, a doença que se vive ou se pode vir a viver, e a que também pode ocorrer num dos seus descendentes. Consideramos que o conhecimento neste âmbito possibilita entender a perspectiva da família podendo ajudar a revelar lógicas implícitas e ajudar os seus membros a avaliar estratégias potencializadoras dos seus recursos.

## METODOLOGIA

Optámos pelo estudo de natureza qualitativa, visto tratar-se de uma realidade sociológica particular, que recorre ao método estudo de caso, comparação multicase segundo Yin (2005).

### *Participantes*

Para este estudo foram seleccionados como fonte de dados, quatro casos compostos por duas famílias sintomática e duas famílias assintomáticas.

### *Crítérios de inclusão*

- Ter pelo menos duas pessoas adultas na família que possam estar presentes durante a realização da entrevista.
- Uma das pessoas ou mais podem ser doentes (Sintomáticos ou assintomáticos) já que eles são parte constituinte da família. A definição da família será feita pelos próprios familiares ou pela pessoa/as doente(s).
- Todos os participantes devem ser conhecedores do diagnóstico médico, há mais de 2 anos e identificar a fase da doença.
- Ter capacidade e disponibilidade de comunicar experiência pessoais.

### *Instrumentos*

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada com o grupo familiar com um membro com diagnóstico de PAF (Gravada e transcrita) direccionada para dois focos de investigação:

- Representação/percepção da doença na família ( com o objectivo de Identificar a percepção da doença na família e Conhecer o significado que as famílias atribuem à doença);
- Influência do Contexto (com o objectivo de Conhecer a percepção que os elementos da família têm das alterações que ocorreram com a doença e Identificar possíveis dificuldades como consequência da doença).

### *Procedimentos*

Estes casos foram seleccionados junto de famílias com PAF na Póvoa de Varzim. A captação dos participantes foi efectuada através do Centro de Estudos e Apoio à Paramiloidose e da Associação de Paramiloidose. Foram efectuadas visitas domiciliárias às famílias com PAF na companhia de um membro da associação explicitando os objectivos do estudo pedindo posteriormente a adesão dos membros da família ao estudo. Foram respeitados os princípios da Declaração de Helsinquia, preenchido consentimento informado. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Seguimos as orientações metodológicas preconizadas por Bardin (2009). Utilizamos esta técnica em três etapas: “pré-análise- exploração do material; tratamento dos dados obtidos e interpretação.” Após uma leitura exaustiva e atendendo aos objectivos do estudo e às questões teóricas apontadas, ordenamos e classificamos o conteúdo

das narrativas, identificando os temas e ideias transformadas em unidades significativas de análise, organizando os temas. Procedemos à análise dos casos individualmente para posteriormente pôr em evidência os resultados comuns ou divergentes de cada caso.

Emerge dos temas identificados uma aprendizagem marcada pelas experiências anteriores em contexto familiar. Destacam-se:

1) Representação da doença na comunicação da família:

**Fase não sintomática:** observa-se a “fatalidade” e um “pacto de silêncio aprendido”, o sofrimento é interiorizado e vivido de modo particular.

**Fase sintomática:** após o transplante dá-se uma descompressão, a doença é abordada sob uma perspectiva de esperança.

2) A inclusão da doença no quotidiano:

**Fase não sintomática:** procura de informação (aconselhamento genético), adaptação (podendo ocorrer a negação), recurso a consultas de vigilância, aconselhamento genético, planificação do futuro.

**Fase sintomática:** procura de respostas/solução/tratamento.

3) Estratégias de *coping*:

**Fase não sintomática:** centram-se nas emoções (esperança e pensamento positivo alternando com incerteza e medo subjacente a experiências anteriores).

**Fase sintomática:** centram-se no problema (procura de solução positiva ex: transplante) e nas emoções.

A análise comparativa apoiou-se na caracterização da fase de doença das famílias e na experiência de doença da família.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A comunicação na família sobre o risco genético é uma questão complexa, que é influenciada por experiências anteriores, factores culturais, informação que dispõe e a percepção individual do nível de incerteza relativo à sua própria estimativa de risco (Forrest et al, 2003). Verificando-se assim, nestas famílias “um acordo tácito em não falar sobre a doença, ainda que tanto a família como o paciente estejam informados sobre a mesma. Segundo alguns autores, a esta atitude, está subjacente, o desejo de proteger o paciente do sofrimento (Abelán & González, 1998; Forrest et al, 2003).

O transplante, com todas adversidades que lhe podem estar associadas (escassez do órgão, mortalidade associada, crenças), é também a expectativa de um tempo redobrado para a esperança, e uma fase importante de tomada de decisão no percurso da doença, já que há uma evidência crescente de que o transplante hepático é capaz de parar ou atrasar fortemente a progressão da doença, mas não de a fazer regressar (Furtado, 2006).

Após o diagnóstico de doença, a família modifica a maneira de viver, passando a viver centrada no mundo da doença. O cotidiano muda com as visitas ao médico, a procura de informação associado ao impacto emocional intenso com sentimentos de preocupação, incerteza e medo. Casos graves ou prolongados como a PAF envolvem vários eventos e freqüentemente a doença torna-se uma crise que ameaça a vida e desafia o significado da existência (Paulo, 2006; Godim, 2007). Nesse sentido, face à doença, é preciso considerar as características individuais e as vivências anteriores em termos também de representações de suas famílias de origem que são passadas de geração para geração, conforme o meio físico e sócio-cultural. Como limitações do estudo, pode-se falar do número reduzido de participantes, sendo importante diversificar abordagens metodológicas em estudos sob representações e formas de lidar com a doença junto destas populações.

## CONCLUSÕES

O estudo dá a conhecer algumas das forças e fragilidades de famílias que experienciam esta doença genética. Os resultados salientam a importância de olhar para a família, de acordo com as suas aprendizagens, experiências e estágio no ciclo de vida.

O conhecimento permitiu identificar um referencial temático que poderá ser utilizado em investigações futuras, visando desenvolver modelos de intervenção que assistam as famílias, bem como desenvolver teoria no fenómeno da tomada de decisão destas famílias em investigações futuras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELÁN, M. & GONZÁLEZ, N. - *El impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia*, 2008 [Consult. 31 Nov. 2010]. Disponível em linha: <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/Aja%20M%20Tbjo%203%20BI%209798.pdf>.
- ALVES, P. C. & RABELO, M. C. - Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: *Experiência de Doença e Narrativa* (M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves & I. M. A. Souza, org.), 1999, p. 171-185. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- ANDRADE, C. - A peculiar form of peripheral neuropathy. *Brain*, Vol. 75 (1952), p. 408-427.
- BARDIN, L. - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- CARTER, B. & MCGOLDRICK, M. - *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- CONCEIÇÃO, I. - Clínica e história natural da polineuropatia amiloidótica familiar. *Sinapse*, Vol. 6, n.º1 (2006), pp. 86-91.
- FORREST, K. et al - To tell or not to tell: barriers and facilitators in family communication about genetic risk. *Clinical Genetics*, Vol. 64, n.º 4 (2003), pp. 317-326.
- FURTADO, E. - Transplantação Hepática na Polineuropatia Amiloidótica Familiar, In: *Polineuropatia Ami-*

*loídótica Familiar de Tipo Português: do artigo original ao futuro* (eds. BARROS, J., MAMEDE, C.) *Sinapse*, Sup. 1, Vol. 6, n.º1 (2006), p. 151-153.

GODIM, A.P. - *Comportamentos e ações populares no enfrentamento de doenças respiratórias infantis em um assentamento urbano*. Tese Doutorado. Salvador: Universidade federal da Bahia, 2007.

LOPES, A. - Depressão em P-L: aspectos ligados às doenças genéticas de início tardio. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Vol.5, n.º 1 (2003), pp. 139-144.

PAULO, J.R. - *As vivências da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo*. Dissertação de mestrado. Lisboa: Universidade Aberta, 2006.

SALES-LUÍS, M. et al - Estudos electroneurológicos em familiares de doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF): Correlação com a presença de transtirretina anormal. *Boletim do hospital*, Vol. 3, n.º 9 (1988), p. 99-101.

ZAGALO-CARDOSO, J. & ROLIM, L. - Aspectos psicossociais da medicina preditiva: revisão da literatura sobre testes de riscos genéticos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 6, n.º 1 (2005), pp. 3-34.

YIN, R. - *Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa*. 3.ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

# QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO EM ENFERMAGEM

## QUE CONCEITO?

Candeias, A.\*  
Gomes, L.\*\*  
Melo, M. M.\*\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho; Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Centro Regional do Porto); e-mail: acandeias@ese.uminho.pt

\*\* Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho; Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Centro Regional do Porto); e-mail: lgomes@ese.uminho.pt

\*\*\* Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho; Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Centro Regional do Porto); e-mail: mmelo@ese.uminho.pt

## RESUMO

O objectivo principal deste trabalho é a revisão de literatura no que concerne ao conceito de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) em Enfermagem, tendo sido utilizados diversos recursos, tais como a pesquisa em livros, em bases de dados digitais (tais como a *EBSCO*, *Medline*) e *web sites* (*Eurofound*, *World Health Organization*). Os idiomas de pesquisa utilizados foram essencialmente o português, inglês e o castelhano. Podemos referir, como principais conclusões, que a QVT apresenta-se, em parte, sob a forma de grandes níveis de satisfação dos trabalhadores, e pode ser orientada por quatro objectivos: a segurança na progressão da carreira e emprego, a conciliação da vida profissional com a vida pessoal, a saúde e bem-estar dos profissionais e o desenvolvimento das suas capacidades e competências; deve ter como objectivo último a realização pessoal dos trabalhadores na sua profissão. Para que esta realização seja possível, é necessário ter em conta diversos factores, tais como o sentido de pertença à organização, a recompensa, o demonstrar uma maior autonomia e controlo sobre funções, o desenvolvimento de capacidades intelectuais e de formação contínua, a possibilidade de progredir na carreira e o alcance de um equilíbrio entre as diversas dimensões da vida do trabalhador. Os enfermeiros, enquanto cuidadores, não devem ser esquecidos da própria prática de cuidados, visto que, o profissional que apresente níveis superiores de QVT vai demonstrar maior empenho para com a organização que o acolhe e com os seus alvos de acção – a Pessoa e as relações de cuidados com ela estabelecidas. Para a melhoria da qualidade de cuidados, o enfermeiro deve então realizar-se, tanto a nível pessoal como profissional, através das suas experiências na prática, contribuindo, igualmente desse modo, para o bom funcionamento das organizações.

**Palavras-Chave:** Qualidade de Vida no Trabalho; Enfermagem

## ABSTRACT

The purpose of this study is the literature review regarding the concept of Quality of Nursing Working Life (QNWL), using several resources such as books, digital databases (for example Ebsco, Medline) and web sites (Eurofound, World Health Organization). Essentially, the research languages used were the Portuguese, English and Spanish. The main conclusions refer that the Quality of Working Life (QWL) can present itself, in the form of high levels of workers' satisfaction, and be guided by four goals: security in career development and employment, personal and professional life conciliation, workers' health and well-fare and skills and competences development; the principal aim should be the workers personal realization. For this realization to be possible, it is necessary to have some factors in mind, such as the sense of belonging to the organization, the reward, demonstration of higher autonomy and control over functions, the development of intellectual abilities and training, the possibility of career progression and achieving a balance between the various dimensions of the worker's life. The nurses, as caregivers, should not be forgotten from the care practice, for the reason that, the professional who presents higher levels of QWL will demonstrate higher commitment to the organization and its action target – the Person and the care relationships that are established. To improve care quality through practice experience, the nurses should achieve stability in the professional and personal level, thereby contributing for the high-quality performance of the organizations.

**Keywords:** Quality of Working Life; Nursing

## INTRODUÇÃO

A propagação da informação e a velocidade com que este facto se verifica impele a que as pessoas estejam em constante actualização de dados e de fontes de conhecimento. As organizações não podem ser excepção, já que necessitam da adaptação ao mundo real e competitivo para sobreviver. Vivemos na era do tudo ou nada, da globalização e da contínua busca do maior e melhor conhecimento. Por isso, inerente às organizações encontra-se a gestão de recursos humanos, visto que para as primeiras se estabelecerem e desenvolverem necessitam de apostar naquilo que é considerado um dos mais valiosos capitais: a pessoa, o ser humano trabalhador, a mente humana.

Com o avanço da tecnologia, surge da sociedade uma maior exigência aquando da prestação de serviços, tanto públicos como privados, por parte das organizações. As organizações de saúde não devem ausentar-se a essas exigências e, embora sendo organizações hierarquizadas e burocráticas, a especialização e os novos desenvolvimentos na área do conhecimento devem apresentar um papel fundamental no lidar com os diversos clientes. Como em qualquer outro sector, o sector da saúde lida com problemáticas ligadas à produção, aquisição de bens, produtos e pessoal e com as contingências ligadas à própria estratégia da organização, globalização e progressos técnicos e científicos (Parreira, 2005). Desta maneira, é importante ter em conta o pensamento dos seus trabalhadores, a maneira como se empenham com a organização e o peso das suas funções na dinâmica institucional.

Para o bom funcionamento das dinâmicas de uma organização, é essencial que esta última providencie condições para o óptimo desempenho dos seus trabalhadores, tanto a nível físico como a nível psicológico. E para isso deve ser avaliada a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), no sentido principal de perceber a experiência da pessoa no trabalho.

Nadler e Lawler (1983), encaram a QVT como o resultado da relação entre a pessoa e o seu trabalho e a forma como o trabalhador se insere no ambiente organizacional, estabelecendo-se como parceiro nas tomadas de decisão e cliente interno. A QVT apresenta-se sob a forma de grandes níveis de satisfação por parte dos trabalhadores, e inclui o assegurar da saúde, segurança e higiene no trabalho, assim como o bom relacionamento entre os colegas, um óptimo ambiente de trabalho e a prevenção de riscos psicossociais; deve ter como objectivo último a realização pessoal dos trabalhadores na sua profissão.

Visto que cada pessoa se apresenta como um ser único e individual, com as suas características, maneiras de pensar e agir e interacção com a realidade, note-se que a própria definição de QVT vai variar de pessoa para pessoa. Dos variados estudos efectuados sobre QVT em Enfermagem, é importante reter que “para os enfermeiros serem capazes de ir ao encontro dos desafios na sua profissão, é necessário que estejam conscientes do porquê dos seus pensamentos e acções, percebendo que são uma força empreendedora” (Bégat, Ellefsen, e Severinsson, 2005).

A avaliação da QVT em enfermagem poderá ser um indicador para que a percepção dos enfermeiros sobre si próprios se modifique, no sentido de aumentar a produtividade no sector da saúde e melhorar condições de trabalho.

## METODOLOGIA

O objectivo principal deste trabalho centra-se na exploração do conceito de QVT, e especificamente, em Enfermagem, e de que forma esta é essencial aquando o estudo de recursos humanos na própria profissão. Dada a natureza desta problemática, a revisão de literatura foi o método de investigação preferencialmente escolhido, no sentido de verificar o desenvolvimento do tema QVT em Enfermagem na actualidade. Foram utilizados diversos recursos, tais como bases de dados relativas a artigos *on-line* (por exemplo *Ebsco*, *Medline*), *web sites* (relativos, por exemplo, à *Eurofound* e à *World Health Organization*), livros e a consulta com profissionais da área de estudo.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O tema QVT é um objecto de estudo recente, existindo desde meados do século XX. Durante o século XX existiu a preocupação, por parte dos investigadores, em saber como funcionava a relação indivíduo/trabalho. As novas tecnologias, a maior preocupação com a produtividade e com a satisfação dos trabalhadores, levaram a que as organizações adoptassem novas posturas nas suas estruturas (Rodrigues, 2007).

Entre 1969 e 1974 surgiu a necessidade da parte de académicos, dos sindicatos e demais investigadores das organizações de estudar a qualidade das experiências dos indivíduos no local de trabalho. Este interesse ganhou uma nova forma no final da década de 70, influenciada pela crescente internacionalização de mercados e pelos novos cruzamentos de cultura (Nadler e Lawler, 1983).

Ao longo dos anos em que o conceito de QVT foi desenvolvido, surgiram igualmente variadas maneiras de encarar este conceito. Nadler e Lawler (1983) apresentam seis possíveis definições de QVT, que foram mudando ao longo dos anos e conforme as novas tendências nas organizações:

- QVT como variável – foi a primeira maneira de encarar a QVT e, nesta definição, tem-se em conta a reacção do indivíduo ao trabalho e as experiências que podem advir dele (é uma visão centrada no indivíduo);
- QVT como abordagem: tal como a definição anterior, é igualmente centrado no indivíduo, porém utiliza projectos em grupo e o que possa advir de um trabalho cooperativo;
- QVT como método: os indivíduos utilizam os métodos de trabalho, tecnologias e os variados recursos para melhorar o ambiente de trabalho, tornando-o mais produtivo;
- QVT como movimento: esta definição de QVT relaciona-se com ideologias do trabalho e do trabalhador, utilizando conceitos tais como gestão participativa e democracia industrial;
- QVT como tudo: nesta perspectiva a QVT é vista de forma global, envolvendo todos os problemas existentes na organização para produzir projectos de QVT;
- QVT como nada: quando determinados projectos de implementação de QVT falham, existe a descrença por parte dos colaboradores das organizações. A QVT será então nada.

Conforme Nadler e Lawler (1983, p.26) estabeleceram, a melhor definição de QVT apresenta-se como “um modo de reflectir sobre as pessoas, o trabalho e as organizações”. Os elementos principais da QVT são “a preocupação pelo impacto do trabalho nas pessoas e a participação no ambiente organizacional assim como nas tomadas de decisão” (Nadler e Lawler, 1983, p.26).

Segundo Cordovil e Neves (2004), o acreditar nas pessoas em si, leva a que cada organização opte por uma responsabilidade social, que engloba, entre outros, o desenvolvimento da carreira, a formação contínua e o investir num clima agradável de trabalho.

Cotton (1993), define QVT como uma abordagem, em que existe um plano para uma melhor e maior cooperação entre o trabalhador e a organização e em que surge uma envolvimento organizacional no sentido de ajudar todas as envolventes.

De acordo com Chiavenato (2004, p.348), “qualidade de vida implica criar, manter e melhorar o ambiente de trabalho, seja nas suas condições físicas – higiene e segurança – seja nas suas condições psicológicas e sociais”. A QVT, segundo Rose, Beh, Uli, e Idris (2006), consiste em que as pessoas sejam o recurso mais importante dentro de uma organização, que sejam responsáveis e capazes de efectuar grandes contribuições, e que sejam tratadas com toda a dignidade e respeito. As pessoas devem exercer as suas funções num bom ambiente de trabalho, tanto a nível psicológico como a nível social, e onde possam usufruir de óptimas condições de saúde, administrativas e de espaços físicos.

Cada organização deve apostar no que considera a melhor QVT dos seus colaboradores, no sentido de obter uma maior produtividade e satisfação profissional e pessoal. A criação dos factores que influenciam positivamente a QVT é determinante para desbloquear o potencial criativo das pessoas (Rose, Beh, Uli, e Idris, 2006).

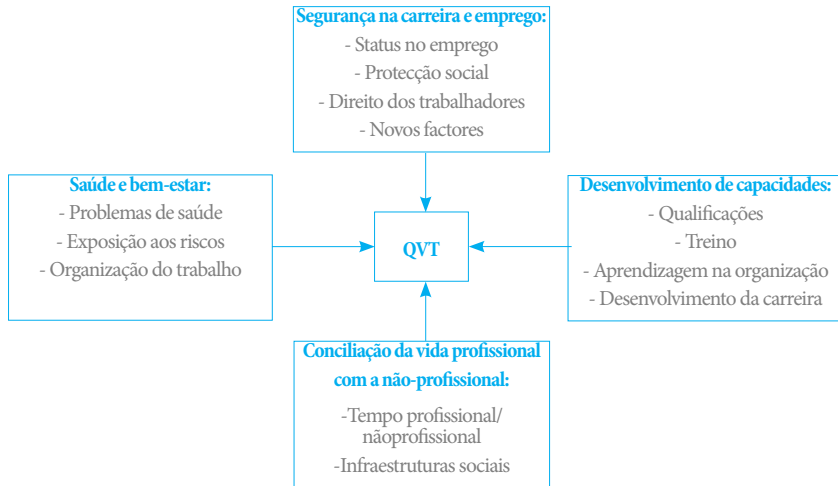
Em 2002, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho (*Eurofound*) publicou um estudo efectuado a nível europeu, em que é defendido que a QVT deve ser orientada por quatro objectivos: saúde e bem-estar dos trabalhadores, desenvolvimento das suas capacidades e competências, conciliação da vida profissional com a vida não-profissional e segurança na progressão da carreira e emprego (figura 1).

Ainda de acordo com a *Eurofound* (2002), os elementos contextuais para uma melhor QVT podem variar. Estes elementos incluem a própria estrutura do emprego, que tem vindo a ser modificada nos últimos tempos, em favor da globalização; o perfil da população trabalhadora, que se caracteriza por apresentar uma população trabalhadora mais envelhecida e um maior número de mulheres; a própria natureza do trabalho, que se orienta por uma maior abertura ao mundo e às novas culturas (havendo troca de informação influente entre os vários países e as várias mentalidades empresariais) e uma maior informatização da informação e dos vários serviços; o mercado laboral, que se caracteriza por um maior número de trabalhadores independentes do que trabalhadores à custa de outrem; e, no caso português, um alargamento da União Europeia, visto que o mercado laboral igualmente aumentou.

Na profissão de Enfermagem, na actualidade, é necessário possuir um corpo de conhecimentos teóricos, específicos nas diversas áreas de competências, tentando dar resposta às necessidades que a sociedade revela (Nunes, 2006). De facto, durante a evolução da Enfermagem como profissão, assistiu-se ao “desenvolvimento da sua estruturação e cientificidade, da técnica, bem como foi das que mais evoluiu do ponto de vista legislativo” (Nunes, 2006, p.30).

### Figura nº 1 – “Orientação da QVT”

Fonte: Adaptado de Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho (2002, p.6)



Visto as pessoas constituírem um “elemento básico do sucesso das organizações” (Chora, 2007, p.34) é essencial verificar qual a QVT dessas mesmas pessoas. E a Enfermagem não é excepção dentro dos grupos profissionais que são englobados no Sistema Nacional de Saúde português, pois “exige de nós uma adaptação contínua e dinâmica às organizações de saúde” (Chora, 2007, p.34).

Existe uma grande pressão para providenciar melhores e contínuos serviços e cuidados de saúde, utilizando os mesmos recursos de sempre ou até poderá existir a hipótese de estes serem reduzidos. Apresenta-se um futuro de produtividade intensa para a sobrevivência das organizações (Brooks e Anderson, 2005).

A QVT em Enfermagem é baseada nos diversos conceitos de QVT, e ainda inclui aspectos sociais e técnicos do ambiente de trabalho na área da saúde. De acordo com O’Brien-Pallas e Baumann, citados por Brooks e Anderson (2005), existem factores externos e internos que influenciam a qualidade de vida no trabalho em Enfermagem.

Os factores internos incluem a individualidade de cada enfermeiro, o contexto social e ambiental, os factores técnicos e os factores administrativos. Dentro dos factores externos, encontram-se as exigências dos doentes, as políticas de cuidados de saúde e o mercado laboral (Brooks e Anderson, 2005).

Deste modo, uma possível definição de QVT em Enfermagem é a apresentada por Brooks, citada por Brooks e

Anderson (2005, p.323): “qualidade de vida no trabalho em Enfermagem é o grau em que os enfermeiros estão aptos a satisfazer necessidades pessoais importantes através das suas experiências dentro das organizações e atingindo os objectivos das mesmas”.

Numa organização de saúde, a QVT influencia a *performance* dos seus colaboradores, sendo um indicio para verificar as forças e fraquezas da própria organização (Hsu e Kernohan, 2006).

Poderá ainda ser acrescentado que, para a existência de QVT em Enfermagem é fulcral o relacionamento entre os objectivos dos enfermeiros, enquanto pessoas, com os seus objectivos enquanto profissionais. O enfermeiro, na nossa perspectiva, para obter QVT, deverá sentir-se realizado nas diversas dimensões da sua vida, passando esta realização pelo empenho para com a organização que o acolhe.

## CONCLUSÕES

O bem-estar do trabalhador, a sua satisfação com o trabalho e os seus níveis de QVT devem ser indicadores da qualidade da gestão de recursos humanos, pois trabalhadores que apresentem níveis superiores no que respeita aos factores mencionados, desenvolvem as suas competências com maior compromisso, envolvem-se a organização e demonstram vontade de continuidade na situação laboral.

Devido à subjectividade do tema em questão, realça-se o facto de que cada organização pode definir os seus próprios parâmetros de avaliação e definição de QVT. As especificidades dos mercados, os diversos clientes, externos e internos, e as políticas de gestão inerentes a cada organização influenciam o modo de como os trabalhadores vivenciam o trabalho, experienciam as diferentes actividades que podem desenvolver e a forma como se integram nas tomadas de decisões estratégicas.

Os trabalhadores possuem igualmente um papel activo no desenvolvimento da melhor QVT. As suas sugestões e opiniões são importantes para o desenvolvimento da estratégia empresarial, estando em sintonia com os órgãos de gestão das organizações.

Os enfermeiros cada vez mais tomam parte nas decisões das organizações onde trabalham e devem contribuir para os planos estratégicos das mesmas. QVT em Enfermagem é a qualidade de vida que o enfermeiro consegue obter através das relações de cuidados que estabelece com a Pessoa, colocando-a na centralidade das suas acções, sendo previamente estabelecidas, para isso, e dentro das organizações, as melhores condições (físicas, psicológicas, sociais...) de trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BÉGAT, I., ELLEFSEN, B. & SEVERINSSON, E. - Nurse's satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurse's experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*. Vol. 13 (2005), p. 221-230.
- BROOKS, B. A. & ANDERSON, M. A. - Defining Quality of Nursing Work Life. *Nursing Economics*. Vol. 6 (2005), p. 319-326.
- CÂMARA, P., GUERRA, P. & RODRIGUES, J. - *Novo Humanator*. Lisboa: Dom Quixote, 2007.
- CHAMBEL, M. e CURRAL, L. - *Psicologia Organizacional. Da Estrutura à Cultura*. Lisboa: Livros Horizonte, 2008.
- CHIAVENATO, I. - *Recursos Humanos – O Capital Humano das Organizações*. 8.ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- CHORA, M. A. C. - O contexto da satisfação laboral nos profissionais de enfermagem. *Enfermagem e Sociedade*. Vol. 2 (2007), p.34-38.
- CORDOVIL, I. & NEVES, A. - Promover a RSE nas PME's é contribuir para a QVT. *Seminário Promover a Responsabilidade Social nas PME's – CECO*, 2004. 7. [Consultado a 29 de Abril de 2008] URL: [http://www.ishst.pt/downloads/content/RSE\\_PME\\_CECO\\_Nov2004.pdf](http://www.ishst.pt/downloads/content/RSE_PME_CECO_Nov2004.pdf).
- COTTON, J. L. - *Employee Involvement – Methods for Improving Performance and Work Attitudes*. Newbury Park: Sage, 1993.
- FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DO TRABALHO - *Quality of work and employment in Europe, Issues and Challenges. Foundation paper*, 2002. [Consultado a 26 de Abril de 2008] URL: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/fpapers.htm>.
- HSU, M. & KERNOHAN, G. - Dimensions of hospital nurse's quality of working life. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 54 (2006), p. 120-131.
- NADLER, D. A. & LAWLER, E. E. - Quality of Work Life: Perspectives and Directions. *Organizational Dynamics*. Vol. 11 (1983), p. 20-30.
- NEVES, A. - *Gestão na Administração Pública*. Lisboa: Pergaminho, 2002.
- NUNES, M. C. D. - Percepção na Mudança e Satisfação Profissional nos Enfermeiros do Concelho de Coimbra. *Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*. Vol. 36 (2006), p. 26-30.
- PARREIRA, P. - *As Organizações*. Coimbra: Formasau, 2005.
- RODRIGUES, M. V. - *QVT – Evolução e Análise no Nível Gerencial*. 10.ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- ROSE, R. C., BEH, L., ULI, J. & IDRIS, K. - Quality of Work Life: Implications of Career Dimensions. *Journal of Social Sciences*. Vol. 2 (2006), p. 61-67.
- DROBNIC, S., BEHAM, B. & PRÁG, P. - Good Job, Good Life? Working Conditions and Quality of Life in Europe. *Social Indicators Research*. Vol. 99 (2010), p. 205-225.

## DA INCAPACIDADE PARA GERIR O REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO, AO NÍVEL DE SUPORTE NECESSÁRIO

Bastos, F. \*

Paiva e Silva, A.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta; e-mail: fernandabastos@esenf.pt

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador; e-mail: abel@esenf.pt

## RESUMO

Face à magnitude da doença crónica e à complexidade dos regimes terapêuticos medicamentosos hoje adoptados os profissionais de saúde confrontam-se com frequência com situações de ineficácia desse mesmo regime. As dificuldades da gestão vão desde questões de falta de conhecimento à não adesão, não sendo desprezível, no entanto, a questão da capacidade da pessoa versus a complexidade desse regime medicamentoso.

**Objectivo:** Identificar diferentes níveis de suporte à gestão do regime terapêutico medicamentoso face à capacidade/incapacidade da pessoa para a gestão desse regime.

**Métodos:** Foi realizado um estudo multicaseos, com follow-up durante cerca de um ano e meio, em que foram realizadas entrevistas, observação participante e consulta de processos clínicos. Fizeram parte do estudo 22 participantes com regimes terapêuticos complexos e com múltiplos internamentos desde Janeiro 2006 a Setembro de 2008. Os dados foram analisados pelo método proposto por Strauss e Corbin.

**Resultados:** Neste estudo encontrámos situações de sub-diagnóstico de incapacidade para a gestão do regime terapêutico, por vezes identificadas como situações de não adesão. Face à capacidade para gerir o regime terapêutico emergem dois temas: a capacidade económica, para adquirir os medicamentos; e a capacidade da pessoa para saber, tomar, avaliar e controlar os medicamentos. Face a esta última, encontrámos três categorias relacionadas com a capacidade cognitiva, a memória e a percepção, propondo-se um fluxograma com o nível de suporte necessário por um prestador de cuidados profissional ou familiar, em função dos diferentes níveis de capacidade versus incapacidade

**Conclusão:** A desvalorização da capacidade para a pessoa com doença crónica gerir o seu regime terapêutico medicamentoso pode conduzir a situações inadequadas de dependência de um prestador de cuidados, diminuindo o nível de autonomia. A não identificação de situações de incapacidade pode conduzir à ineficácia da gestão com as consequências daí inerentes, com reinternamentos e diminuição da qualidade de vida da pessoa.

**Palavras-chave:** Gestão do regime terapêutico; Prestador de Cuidados; Doença crónica; Família; Capacidade.

## ABSTRACT

Given the magnitude of chronic disease and the complexity of drug regimens, health professionals are often faced with situations of ineffectiveness of therapeutic regime. Self-management difficulties ranging from lack of knowledge until noncompliance, not being despicable, however, the individual ability versus the complexity of drug regimen.

**Objective:** To identify different levels of support to the management of drug treatment regimen given the ability / disability of the person to manage the scheme.

**Methods:** We conducted a study multicaseos with follow-up for about a year and a half, in which we conducted interviews, participant observation and clinical processes. Study participants were 22 participants with complex

regimens, with multiple hospitalizations, since January 2006 to September 2008. Data were analyzed by the method proposed by Strauss and Corbin.

Results: In this study, we found situations of under-diagnosis of inability to manage the therapeutic regimen, sometimes identified as instances of noncompliance. The ability to manage the therapeutic regimen emerging as a major category, with two other themes: the economic capacity to acquire the prescribed drugs, and the person's ability to "learn", to "make", to "evaluate" and to "control" medication effect. Given the person's capability, we find three categories related to cognitive ability, memory and perception. In this study we propose a flowchart with the level of support required, by a professional provider or family member, depending on the different levels of ability versus disability.

Conclusion: The devaluation of the capacity for people with chronic illness, manage their treatment regimen may lead to inappropriate situations of dependence on a caregiver, decreasing the level of autonomy. Failure to identify situations of incapacity can lead to inefficient management with the implications associated with readmission and decreased quality of life of the person.

**Keywords:** Self-management; Caregiver; Chronic Illness; Family; Ability.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (1) estima que 86% de todas as mortes na Região Europeia (8 414 000), em 2005, foram causadas por doenças crónicas, prevendo-se que nos próximos 10 anos cerca de 88 milhões de pessoas morrerão por esta causa (2), traduzindo-se num aumento de 4%.

Na Europa, entre 4 e 34% das pessoas com mais de 65 anos de idade usam em simultâneo cinco ou mais medicamentos prescritos (3) e, Boyd et al.(4), através de uma situação hipotética de várias doenças simultâneas, demonstra que a utilização de *guidelines* apontaria para uma prescrição concomitante de 12 fármacos, demonstrando a grande complexidade do regime terapêutico, além da existência de múltiplos riscos e reacções adversas resultantes da associação dos mesmos.

### Finalidade e objectivos

Este estudo é parte de uma investigação que tem por finalidade criar um modelo explicativo da gestão do regime terapêutico. Neste artigo circunscrevemo-nos ao objectivo de identificar diferentes níveis de suporte à gestão do regime terapêutico medicamentoso face à capacidade/incapacidade da pessoa para a gestão desse regime.

## METODOLOGIA

Seguindo uma metodologia qualitativa e influenciado pela teoria de transição de Meleis (5), desenhou-se um estudo multicaseos (6) de carácter longitudinal em que os dados foram analisados de acordo com o método proposto por Strauss e Corbin para gerar uma Grounded theory (7), (8).

### Participantes

Para a identificação dos possíveis participantes do estudo foram solicitados os registos informatizados do Hospital Pedro Hispano, relativos a todos os utentes que no ano de 2006 e/ou de Janeiro de 2007 a Setembro de 2007, tiveram mais que um episódio de internamento. Destes, seleccionámos os que tiveram mais que cinco reinternamentos (94) e cuja área de residência pertencia aos Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Familiar da mesma Unidade Local de Saúde (Matosinhos). Foram consultados 62 processos clínicos tendo sido seleccionados os possíveis participantes. Os vinte e dois participantes que preenchiam os critérios e aceitaram participar no estudo, tiveram entre 11 e 5 reinternamentos, apresentando uma média de 54,6 (16,9) anos, com uma mediana aproximada da média de 57,5 anos e variando entre um mínimo de 13 anos e um máximo de 82. Predominantemente têm 4 anos de escolaridade, apenas 8 estão casados ou têm companheiro(a) e 7 vivem sós.

### Instrumentos

As técnicas, para colheita de dados, utilizadas ao longo do *follow up*, foram a análise documental dos processos clínicos e a interação com os participantes e seus contextos. Nesta interação procedemos a entrevistas e observação participante, em contexto familiar ou institucional (Lar, Centro de dia, Centro de Saúde e Hospital) com o objectivo de identificar comportamentos e compreender as atitudes, as razões e as relações entre os elementos de intervenção em saúde e a gestão do regime terapêutico.

### Procedimentos

Os dados transcritos das entrevistas e as notas de campo foram submetidos a análise, procedendo-se a uma codificação inicial de segmentos das narrativas por significado – microanálise, e a um processo de codificação aberta e axial, procurando propriedades e dimensões de cada uma das categorias. Foram construídos diagramas e enredos para facilitar a redução teórica. As siglas adiante designadas por P, PC, NC, referem-se respectivamente a Participante (e número), Processo Clínico e Notas de Campo.

Para a realização do estudo foi pedida autorização ao Conselho de administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos com parecer da Comissão de Ética. Foi solicitada a participação no estudo após explicação do teor do mesmo e todos os participantes assinaram um termo de aceitação. A confidencialidade dos dados fica assegurada pela codificação dos participantes.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pobreza emerge como a condição mais frequente entre os vinte e dois casos, inferindo-se que é, de facto, uma condição propícia ao mau controlo da doença e à frequência de reinternamentos. Apesar do suporte social, em subsídios e/ou bens, alguns dos participantes referem não tomar a medicação por falta de dinheiro para a adquirir, ou para adquirir comida para acompanhar a medicação “Tomo de manhã, quando como. À noite às vezes já não tomo. Quando não tenho comida, enjojo por causa da medicação” E1P4.

Neste estudo encontramos situações de sub-diagnóstico de incapacidade para a gestão do regime terapêutico, identificadas como situações de não adesão “reinicia hipocoagulação oral (estava suspensa por má adesão)” PCP12. O conceito de adesão em enfermagem, mais que a concordância com as indicações profissionais, é uma questão de volição, não limitada pela incapacidade de qualquer tipo, nem por falta de conhecimento. Quando nos encontramos perante alguém que não possui algum dos pressupostos anteriormente referidos, o verdadeiro foco não é a adesão. Orem identifica como condições para que uma pessoa possa cuidar de si mesmo, a motivação, capacidade para a tomada de decisão, o conhecimento técnico, as capacidades cognitivas, perceptuais e interpessoais e, ainda a coerência e integração das ações de autocuidado na vida pessoal, familiar e comunitária (5).

A capacidade para gerir o regime terapêutico emerge, neste estudo como muito relevante e associado essencialmente a dois diagnósticos de enfermagem: o potencial para desenvolver a capacidade para gerir o regime terapêutico e a incapacidade (ou capacidade comprometida) para gerir o regime terapêutico. Face à capacidade para gerir o regime terapêutico percebem-se dois temas, com implicações diferentes para a enfermagem: a capacidade económica, para adquirir os medicamentos; e a capacidade da pessoa para saber, tomar, avaliar e controlar os medicamentos.

“...já havia tomado a medicação da tarde, mas na caixa da medicação encontravam-se comprimidos em todos os compartimentos. A Sr.<sup>a</sup> não o sabia explicar... Objectivamente quando conferi a medicação, esta estava correcta em termos de quantidade, mas distribuída pelos compartimentos sem qualquer lógica... é visível alteração da memória recente.” NC1P12.

Face à incapacidade encontramos três subcategorias, distinguidas em função da causa: por alteração da capacidade cognitiva, da memória e da percepção.

“...[Hipocoagulação] até Janeiro altura em que abandonou a consulta por esquecimento” PCP12. “também não os tomava [comprimidos]...eu não vejo para os ir buscar...”E1P21. “...os comprimidos eu não vejo para ler, eu não vejo desta vista” E1P5. “seguida no Hospital Maria Pia por dificuldades de aprendizagem.”PCP4

Quando a pessoa apresenta algum grau de incapacidade para gerir o regime terapêutico, a necessidade de suporte profissional varia em função da existência de suporte familiar, da complexidade do regime terapêutico e do nível da incapacidade da pessoa. Verificou-se, neste estudo, um padrão de vulnerabilidade superior nos participantes que não tinham suporte familiar eficaz, face às suas necessidades e uma variabilidade na necessidade de suporte profissional que atinge o seu máximo perante um grande incapacidade e um regime terapêutico muito complexo. Em alguns participantes, com suporte familiar, emergiu um desajuste no nível de suporte fornecido e a necessidade objectiva do mesmo: por defeito, aumentando o risco de gestão ineficaz do regime terapêutico farmacológico com administração de fármacos em excesso ou privação; por excesso, aumentando o nível de dependência, mal aceite em alguns casos “Afectou a minha vida...eu era independente e agora estou pendente” E1P3. “E depois para aturar isto...” [esboça gesto de ser preciso muita paciência] NC5P18.

Encontrámos, também, entre os participantes um conjunto de pessoas que, em comum, apresentam um estilo

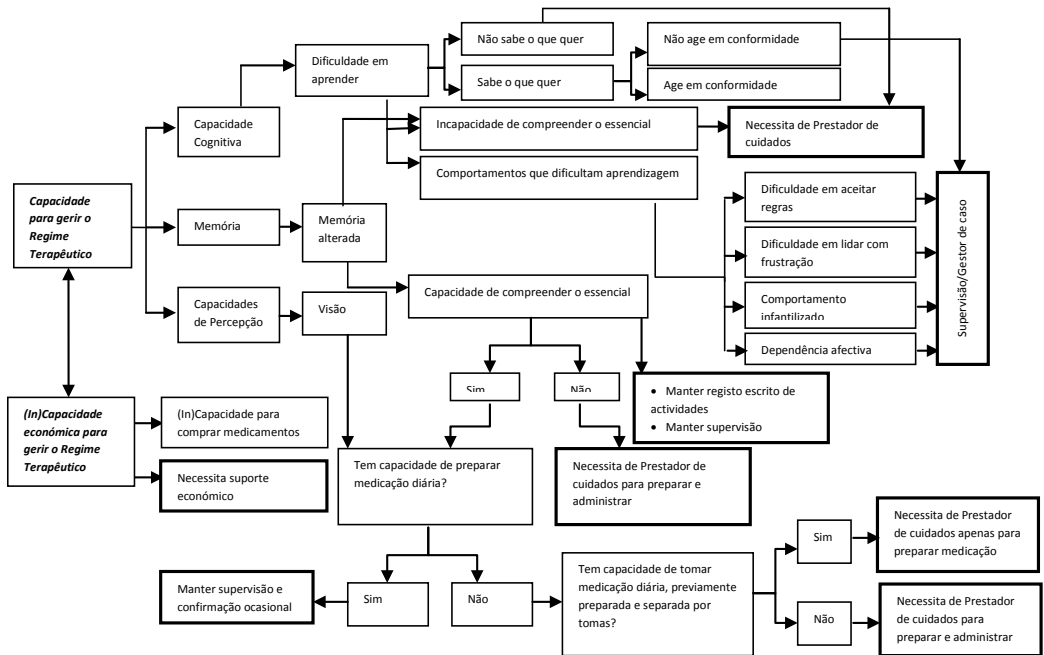
de autocuidado negligente, podendo ter associado alguma dificuldade na aprendizagem. Esta situação tem implicações para a enfermagem que precisa de identificar correctamente qual o problema para agir de forma adequada. Intervenções do âmbito de ensinar, dificilmente terão os resultados pretendidos se no seu planeamento não forem incluídas estratégias para minimizar as dificuldades. Objectivos como o “empowerment” podem não ser adequados para todas as pessoas, podendo admitir-se a existência de suporte profissional para dirigir e supervisionar a gestão do regime terapêutico, como forma de minimizar o efeito da doença na vida de pessoas nessas condições.

Baseado nestes resultados propõe-se um fluxograma (Fig 1) com o nível de suporte necessário por um prestador de cuidados profissional ou familiar, em função dos diferentes níveis de capacidade, versus, incapacidade.

## CONCLUSÕES

A desvalorização da capacidade para a pessoa com doença crónica gerir o seu regime terapêutico medicamentoso pode conduzir a situações inadequadas de dependência de um prestador de cuidados, diminuindo o nível de autonomia. A não identificação de situações de incapacidade pode conduzir à ineficácia da gestão com as consequências daí inerentes, com reinternamentos e diminuição da qualidade de vida da pessoa.

Figura 1: Fluxograma de decisão da necessidade de suporte na gestão do regime terapêutico



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO - *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. Genebra: WHO Global Report, 2005.
2. WHO - *The Impact of chronic disease in Europe*. [Consultado a 26 de Janeiro de 2011] URL: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/)
3. JUNIUS-WALKER, U., THEILE, G. e HUMMERS-PRADIER, E. - **Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany**. *Family Practice*. Vol. 24 (2007), p. 14-19.
4. BOYD, C.M., et al. - **Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. Implications for Pay for Performance**. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 294, n.º 6 (2005), p. 716-724.
5. MELEIS, A. - **Experiencing transitions: an emerging middle-range theory**. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, n.º 1 (2000), p. 12-28.
6. YIN, R. - *Estudo de caso - Planejamento e métodos*. 3.ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
7. STRAUSS, A. & CORBIN, J. - *Pesquisa Qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. [trad.] Luciane de Oliveira da Rocha. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
8. STRAUSS, A. & CORBIN, J. - *Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. 2.ª ed. California: Sage, 1998.

## PADRÃO ALIMENTAR DOS ADOLESCENTES AO PEQUENO-ALMOÇO

Ferreira, M.R.S.\*  
Paúl, C.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora; e-mail: mrs@esenf.pt

\*\* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Professora Catedrática.

## RESUMO

A adolescência é um período da vida ideal para adquirir e consolidar hábitos alimentares saudáveis. O estudo do padrão alimentar dos adolescentes ao pequeno-almoço teve como principal objectivo analisar o comportamento alimentar dos adolescentes, do secundário, ao pequeno-almoço (PA). A amostra do estudo compreende 680 adolescentes, a frequentarem o ensino secundário, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

Os resultados evidenciam que nem todos os adolescentes tomam o PA. A maioria dos que ingerem esta refeição o faz em casa e sozinhos. A maioria dos adolescentes não ingere um bom PA pois não come lacticínios, cereais e fruta. Os adolescentes que ingerem o PA em casa tomam um PA mais saudável pois é neste grupo que se encontra uma maior percentagem de participantes que come diariamente lacticínios, fruta e cereais.

É pois importante que os enfermeiros realizem acções de educação para a saúde aos adolescentes ensinando-os sobre a importância do PA na sua saúde no presente e no futuro e sobre a importância da ingestão de um PA completo e equilibrado para um desenvolvimento saudável.

**Palavras-chave:** Adolescente; Comportamento Alimentar; Estilo de Vida

## ABSTRACT

Adolescence is an ideal life period for acquiring and reinforce healthy eating habits. The study of the breakfast eating pattern in adolescents had the purpose of analyzing the eating behavior of the adolescents of secondary school during breakfast. The study sample contains 680 adolescents that attend secondary school, aged 15 to 19 year-old.

Results show that not all adolescents have breakfast, and that the majority of the ones who have it, have it at home and by themselves. The majority of adolescents doesn't have a healthy breakfast, as they don't eat any dairy products, cereals or fruit. Adolescents that have breakfast at home have a healthier breakfast, because this is the group that presents a higher percentage of participants that eat daily dairy products, fruit and cereals.

So, it is important that nurses carry out programs for education in health for adolescents, teaching them about the value of breakfast in their actual and future health and about the significance of the intake of a complete and balanced breakfast, in order to have a healthy development.

**Keywords:** Adolescent; Feeding Behavior; Life Style

## INTRODUÇÃO

Os hábitos alimentares adquiridos durante a infância e a adolescência tendem a ser mantidos na vida adulta (Branen & Fletcher, 1999) e têm importantes repercussões na saúde dos indivíduos, quer a curto quer a longo prazo, nomeadamente a nível do bem-estar físico e emocional (King et al., 1996).

A evidência demonstra que os factores de risco relacionados com a alimentação, que favorecem o aparecimento de doenças crónicas, se iniciam na infância e adolescência e têm ganho cada vez mais relevância (Moreno et al., 2005). Uma alimentação saudável e equilibrada é um factor determinante para ganhos em saúde (Ministério da Educação, 2006).

A adolescência é um período da vida ideal para adquirir e consolidar hábitos alimentares saudáveis. Uma alimentação racional, que tenha em conta as necessidades do organismo e que tome em consideração as propriedades preventivas de alguns alimentos, é hoje um aspecto determinante na construção de um estilo de vida saudável para as pessoas de diferentes grupos etários (Viana, 2002).

O período de desenvolvimento físico e psicológico que se vive na adolescência afecta as necessidades e os hábitos alimentares. Os adolescentes podem considerar-se um grupo vulnerável a nível nutricional por diversas razões, como o aumento nas necessidades nutricionais devido à fase de desenvolvimento e crescimento, os seus padrões alimentares e estilos de vida, os seus comportamentos de risco e a maior susceptibilidade às influências do ambiente (WHO, 2005).

Os adolescentes têm escolhas e hábitos alimentares diferentes dos das crianças e dos adultos. O seu padrão alimentar é irregular, com recurso frequente a *snacks* e à omissão de refeições, particularmente o pequeno-almoço (Zapata et al., 2008; Moreno et al., 2005). No entanto e tal como nas outras fases do ciclo vital, o seu padrão alimentar abarca escolhas saudáveis e não saudáveis (French et al., 2001), incluindo-se nas últimas o maior consumo de alimentos de baixo valor nutritivo, como a *fast-food* (French et al., 2001) e os *snacks* em substituição de refeições normais, a menor ingestão de frutas e vegetais (Zapata et al., 2008), o aumento do consumo de batatas fritas, bebidas gaseificadas (Troiano et al., 2000), de doces e guloseimas, a que se acresce a omissão de refeições.

O pequeno-almoço (PA) é uma das refeições que muitas crianças e adolescentes omitem nos dias de hoje (Moreno et al., 2005; Kubik et al., 2005; Keski-Rahkonen et al., 2003), sendo a falta de tempo (Kubik et al., 2005; Reddan et al., 2002) ou de apetite as razões mais referidas para a adopção deste comportamento (Reddan et al., 2002). Esta refeição é considerada essencial numa dieta normal (Moreno et al., 2005). Um pequeno-almoço diversificado que inclua alimentos do grupo dos lacticínios, dos cereais e derivados, e das frutas, contribui para uma dieta saudável e rica em hidratos de carbono e micronutrientes e é importante para a saúde dos adolescentes (Järvelaid, 2003). A omissão do pequeno-almoço interfere com a aprendizagem e cognição (Järvelaid, 2003; Rodríguez et al., 2002), pode causar fadiga a meio da manhã (Rodríguez et al., 2002), interfere com o desenvolvimento físico dos adolescentes (Moreno et al., 2005) e tem sido uma das causas associadas ao aumento de peso (O'Dea & Wilson, 2006).

## METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório que teve como objectivo analisar o comportamento alimentar dos adolescentes, do secundário, ao pequeno-almoço. Investigou-se a relação dos indicadores demográficos idade, sexo e ano de escolaridade, com o comportamento alimentar dos adolescentes ao pequeno-almoço.

Os dados necessários para o estudo foram colhidos através de um questionário construído para o efeito que obteve o parecer positivo da Comissão Nacional de Protecção de Dados. A colheita de dados decorreu entre Junho e Novembro de 2005, após autorização da Direcção Regional de Educação do Norte e dos Conselhos Executivos das escolas para a realização do estudo e foi efectuada em sala de aula, durante um tempo lectivo. A unidade de análise foi a turma.

Para a análise estatística dos dados recorreu-se à versão 16 do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão e, posteriormente, estatística inferencial.

### *Caracterização da Amostra*

A amostra do estudo é proveniente de cinco escolas do distrito do Porto e compreende 680 adolescentes a frequentarem o ensino secundário. Destes, 238 (35,0%) cursam o 10º ano, 280 (41,2%) o 11º ano e 162 (23,8%) o 12º ano. As aulas de 72,9% (n=496) dos participantes decorrem maioritariamente no período da manhã.

São do sexo feminino 59,6% (n=405), de nacionalidade portuguesa 98,6% (n=669), sendo os outros venezuelanos (0,4%, n=3), brasileiros (0,3%, n=2), suíços (0,3%, n=2), congolese (0,3%, n=2) e franceses (0,1%, n=1) e têm idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, sendo a média de 16,61 anos (DP=1,03). As raparigas têm em média 16,55 anos (DP=0,98) e os rapazes 16,69 anos (DP=1,10).

Atendendo às características comuns dos adolescentes de determinada idade, a adolescência é muitas vezes dividida em três fases (Bekaert, 2005) a inicial, dos 10 aos 13 anos; a intermédia, dos 14 aos 16 anos; e a final, dos 17 aos 19 anos. Esta divisão foi também adoptada no nosso estudo, na estatística inferencial. Verificou-se que 50,6% (n=205) das raparigas e 54,2% (n=149) dos rapazes se situa no grupo etário dos 17 aos 19 anos.

## RESULTADOS

Concluiu-se que 13,2% (n=90) dos adolescentes (12,8%, n=52 raparigas vs 13,8%, n=38 rapazes) não tomam PA. Destes, 13,5% (n=67) têm aulas maioritariamente no período da manhã e 3,2% (n=16) dos participantes que têm as suas aulas maioritariamente no período da manhã não tomam PA nem comem meio da manhã. Dos que ingerem PA, 87,7% (n=514) comem em casa, sozinhos (51,7%, n=299) e sentados (72,5%, n=424).

Relativamente aos grupos de alimentos que devem estar presentes num bom pequeno-almoço, verificou-se 85,9% (n=507) dos adolescentes, comem diariamente lacticínios, 79% (n=466) cereais e que 17,8% (n=105) in-

gerem fruta todos os dias. Os restantes alimentos que os inquiridos reportam ingerir são ovos (0,2%, n=1), manteiga/margarina (39%, n=230), enchidos (12,5%, n=74), doces (30,2%, n=178) e sumos de pacote (10,3%, n=70). Nenhum inquirido bebe todos os dias refrigerantes ao pequeno-almoço.

Dos adolescentes que ingerem PA, 15,1% (n=89) tomam diariamente um bom PA (comem lacticínios, cereais e fruta), 59,3% (n=350) um pequeno-almoço suficiente (só ingerem alimentos de dois dos grupos), 18,8% (n=111) insuficiente (só comem alimentos de um dos grupos mencionados) e 6,8% (n=40) um mau PA (não ingerem diariamente nem lacticínios, nem cereais, nem fruta).

Analisando a distribuição por sexo, verifica-se que a percentagem de raparigas que tomam um bom PA é superior à dos rapazes (18,2%, n=64, vs 10,5%, n=25) e também é menor a percentagem de raparigas que toma um PA mau (4,8%, n=17, vs 9,7%, n=23). Contudo, não podemos afirmar que exista relação entre o género e o tipo de PA que ingerem ( $U=40800,50$ ,  $p=0,55$ ). Também não se verificou nenhuma correlação entre o tipo de PA que os adolescentes ingerem e a idade ( $\text{rsp}(590)=0,05$ ,  $p=0,23$ ) ou o ano de escolaridade que frequentam ( $\text{rsp}(590)=0,05$ ,  $p=0,20$ ).

Não se verificou existir associação entre o horário das aulas dos adolescentes e a ingestão de pequeno-almoço ( $\chi^2=0,359$ ,  $p=0,55$ ).

Existe relação significativa entre o local onde tomam o PA e a ingestão diária de lacticínios ( $\chi^2=44,35$ ,  $p=0,000$ ), fruta ( $\chi^2=5,86$ ,  $p=0,015$ ) e cereais ( $\chi^2=24,48$ ,  $p=0,001$ ). É no grupo de adolescentes que comem em casa que se encontra a maior percentagem de consumidores deste tipo de alimentos. Os participantes que tomam o pequeno-almoço em casa comem diariamente um bom PA mais vezes que os que tomam fora ( $\chi^2=28,93$ ,  $p=0,000$ ).

Existe relação significativa entre o género e o consumo diário de frutas ao PA ( $\chi^2=6,90$ ,  $p=0,009$ ), sendo no grupo das raparigas que se encontra uma maior percentagem de adolescentes que ingerem diariamente fruta.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos no nosso estudo estão de acordo com os obtidos noutras investigações sobre este tópico que igualmente concluíram que a omissão do pequeno-almoço é relativamente frequente entre os adolescentes (Keski-Rahkonen et al., 2003), a maioria dos adolescentes não ingere um bom PA (Fernández Morales et al., 2008) e comem somente alimentos de dois dos grupos considerados essenciais para que esta refeição seja completa e equilibrada (Cavadini et al., 2000).

No nosso estudo concluiu-se que 86,8% (87,2% das raparigas e 86,2% dos rapazes) dos participantes ingerem PA e 87,7% fazem-no em casa, não se verificando existir diferenças entre géneros relativamente ao hábito de tomar esta refeição. Este resultado difere do de Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003), que concluíram que 80,5% dos participantes ingerem esta refeição e que existem diferenças significativas entre géneros, sendo os rapazes os que mais tomam o pequeno-almoço. Os nossos achados são ligeiramente inferiores aos 95%

referidos por Cavadini e col. (2000), mas são idênticos aos de Gambardella e col. (1999), que constataram que 82% dos adolescentes tomam o PA e que 90% destes o ingerem em casa. Também Vieira e col. (2005) concluíram que 88,9% dos participantes faz o jejum e que a percentagem de adolescentes que omite esta refeição é maior no sexo masculino (13,3% vs 10,1% no sexo feminino). Zapata e col. (2008) também não encontraram diferenças significativas entre géneros no consumo de pequeno-almoço, embora na sua investigação o hábito de tomar o jejum fosse mais comum nos rapazes. Já Moreno e col. (2005) verificaram que existem diferenças significativas entre géneros no consumo desta refeição, que é mais comum nas raparigas.

Considerando que o pequeno-almoço é uma componente essencial de uma dieta saudável rica em carboidratos e macronutrientes, que um pequeno-almoço adequado tem sido associado a uma boa função física e cognitiva e a um melhor desempenho escolar nas crianças e adolescentes (Moreno et al., 2005), e que os grupos dos lacticínios, cereais e frutas são básicos para um bom pequeno-almoço, concluiu-se que apenas 15,1% dos participantes fazem um bom jejum, Fernández Morales e col. (2008) também referem que a maioria dos adolescentes não ingerem diariamente um bom PA. Embora não se tenham encontrado diferenças significativas entre géneros, verificou-se que a percentagem de raparigas que tomam um bom PA é superior à dos rapazes, sendo este resultado contrário ao apresentado por Moreno e col. (2005). A maioria dos participantes só ingere alimentos de dois dos grupos referidos, o que está de acordo com o achado de Cavadini e col. (2000).

Concluiu-se que os adolescentes que ingerem o PA em casa tomam um PA mais saudável pois é neste grupo que se encontra uma maior percentagem de participantes que comem diariamente lacticínios, fruta e cereais. Vejrup e col.(2008) também verificaram a existência de correlação entre o comer em casa e uma alimentação mais saudável.

## CONCLUSÃO

A adolescência é uma fase da vida em que os indivíduos adoptam padrões alimentares que muitas vezes se mantêm ao longo da vida. O nosso estudo mostra que os adolescentes adoptam comportamentos de risco em relação ao consumo de PA, pois nem todos fazem esta refeição e a maioria dos que tomam PA não ingere um bom PA. É pois importante que os enfermeiros realizem acções de educação para a saúde aos adolescentes ensinando-os sobre a importância do PA na sua saúde no presente e no futuro e sobre a importância da ingestão de um PA completo e equilibrado para um desenvolvimento saudável.

Estas acções devem desenvolver-se na escola e na comunidade, e o envolvimento dos pares e dos pais é importante para o seu sucesso, dado o papel que eles têm na modelação de comportamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEKAERT, S. - *Adolescents and sex: The handbook for professionals working with young people*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
- BRANEN, L.; FLETCHER, J. - Comparison of college student's current eating habits and recollections of their childhood food practices. *Journal of Nutrition Education*. Vol. 31, n.º 6 (1999), p. 304-310.
- CAVADINI, C. [et al.] - Food habits and sport activity during adolescence: differences between athletic and non-athletic teenagers in Switzerland. *European Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 54, n.º 3, Sup. 1 (2000), S16-S20.
- FERNÁNDEZ MORALES, I. [et al.] - Relación entre la calidad del desayuno y el rendimiento académico en adolescentes de Guadalajara (Castilla-La Mancha). *Nutrición Hospitalaria*. Vol. 23, n.º 49 (2008), p. 383-387.
- FRENCH, S. [et al.] - Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *International Journal of Obesity*. Vol. 25 (2001), p.1823-1833.
- GAMBARDELLA, A. M.; FRUTUOSO, M. F.; FRANCH, C. - Prática alimentar de adolescentes. *Revista de Nutrição*. Vol. 12, n.º1 (1999), p. 5-19.
- JÄRVELAID, M. - Breakfast skipping and associated biopsychosocial factors among adolescents. *Papers on Anthropology*. Vol. 12 (2003), p. 78-85.
- KESKI-RAHKONEN, A. [et al.] - Breakfast, skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 57 (2003), p.842-853.
- KING, A.; TUDOR-SMITH, C.; HAREL, Y. - *The health of youth: a cross-national survey*. Canada: World Health Organization, 1996.
- KUBIK, M. Y.; LYTTLE, L.; FULKERSON, J. A. - Fruits, vegetables, and football: Findings from focus groups with alternative high school students regarding eating and physical activity. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 36 (2005), p. 494-500.
- MATOS, M. G. - *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois). Relatório português do estudo HBSC 2002*. Lisboa: FMH, 2003.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - *Educação alimentar em meio escolar referencial para uma oferta alimentar saudável*. Lisboa: ME, DGS e Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2006.
- MORENO, L. A. [et al.] - How to measure dietary intake and food habits in adolescence: the European perspective. *International Journal of Obesity*. Vol. 29 (2005), S66-S77.
- O'DEA, J. A.; WILSON, R. - Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research*, Vol. 21, n.º (2006), p. 796-805.
- REDDAN, J.; WAHLSTROM, K.; REICKS, M. - Children's perceived benefits and barriers in relation to eating breakfast in schools with or without universal school breakfast. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. Vol. 34, n.º 1 (2002), p. 47-52.
- RODRÍGUEZ, M. C., [et al.] - *Los adolescentes españoles y su salud: Resumen del estudio health behaviour in school*

*aged children (HBSC-2002)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.

TROIANO, R. P. [et al.] - Energy and fat intake of children and adolescents in the United States. Data from the National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 72, n.º 5-Suppl. (2000), p. 1343-1353.

VEJRUP, K. [et al.] - Consumption of vegetables at dinner in a cohort of Norwegian adolescents. *Appetite*. Vol. 51, n.º 1 (2008), p. 90-96.

VIANA, V. - Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*. Vol. 4, n.º 20 (2002), p.611-624.

VIEIRA, V. C. [et al.] - Alterações no padrão alimentar de adolescentes com adequação pômbero-estatural e elevado percentual de gordura corporal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Vol. 5, n.º 1 (2005), p. 93-102.

WHO - *Nutrition in adolescence – Issues and challenges for the health sector: Issues in adolescent health and development*. [Em linha]. 2005. [Consult. 2 de Fev. 2006]. URL: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593660\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593660_eng.pdf)

ZAPATA, L. B. [et al.] - Dietary and physical activity behaviors of middle school youth: the youth physical activity and nutrition survey. *Journal of School Health*. Vol. 78, n.º 1 (2008), p. 9-18.

# A INTERACÇÃO ENTRE A EQUIPA DE ENFERMAGEM NUM DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Freire, R.M.A.\*

Gonçalves, M.N.C.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto; e-mail: rosafreire@esenf.pt

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Assistente 2.º Triénio; e-mail: mnarcisa@esenf.pt

## RESUMO

**Introdução:** As competências do enfermeiro de cuidados gerais definidas pela OE (2003), de acordo com as competências que integram o ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses, do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), reconhecem como competências interpessoais, nomeadamente, a capacidade do enfermeiro reconhecer os limites individuais e de solicitar ajuda quando necessário e a aptidão de trabalhar em equipa intradisciplinar de forma a favorecer um clima de cooperação promotor de melhor qualidade de vida pessoal e profissional.

**Metodologia:** Estudo descritivo de natureza quantitativa, exploratório e descritivo. A amostra, não probabilística de conveniência ou intencional, foi constituída por enfermeiros do Departamento de Cirurgia de um Hospital Geral Central. O instrumento de colheita de dados integrou um questionário para caracterização sócio-demográfica dos enfermeiros e o “*Index of Work Satisfaction*” (IWS).

**Resultados:** A amostra do estudo é predominantemente constituída por elementos do sexo feminino (84%), casados (57%), “jovens”, a média da idade é de 37 anos (Dp  $\pm 1,14$ ). Encontramos diferenças na interacção entre os enfermeiros nos serviços em estudo, o que merece intervenção dos gestores de recursos humanos cientes de que os processos comunicacionais do trabalho em equipa convergem para articulação das acções, coordenação, integração dos saberes e a interacção das pessoas no trabalho.

**Conclusões:** A capacidade de prestar cuidados seguros e de qualidade está associado com o trabalho em equipa. Pressupõe-se que os elementos da equipa interajam entre si e prestem cuidados de saúde integrados, o que só pode ser alcançado com comunicação efectiva. O uso da comunicação é um instrumento para melhorar a humanização e o cuidado em enfermagem.

**Palavras-Chave:** Segurança; Comunicação; Relações Médico-Enfermeiro; Avaliação de resultados; Gestor de Saúde

## ABSTRACT

**Background:** The competencies of the general nurse as defined by OE (2003), according to the skills that integrate the ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses, International Council of Nurses (ICN) recognize as interpersonal skills, particularly the capacity of nurses to recognize the limits of individual and ask for help when needed and the ability to work in teams intradisciplinary so as to encourage a climate of cooperation in promoting better quality of life personally and professionally.

**Methodology:** Study quantitative, exploratory and descriptive. The sample, non-probability convenience or intentional, consisted of nurses in the Surgery Department of a General Hospital Central. The instrument of data collection included a questionnaire for socio-demographic characteristics of nurses and “*Index of Work Satisfaction*” (IWS).

**Results:** The study sample consists predominantly female elements (84%), married (57%), youths, the average age is 37 years (SD  $+1.14$ ). We found differences in the interaction between the nurses in the services under study,

which deserves action by human resource managers know that the communication processes of teamwork converge for joint actions, coordination, integration of knowledge and interaction of people at work.

Conclusions: The ability to provide safe and quality care is associated with teamwork. It is assumed that the team members interact with each other and provide integrated care, which can only be achieved with effective communication. The use of communication is a tool for improving and humanizing nursing care.

**Keywords:** Safety; Communication; Physician-Nurse Relations; Patient Outcomes Assessment; Health Manager

## INTRODUÇÃO

As competências do enfermeiro de cuidados gerais definidas pela OE (2003), de acordo com as competências que integram o ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses, do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), reconhecem como competências interpessoais, nomeadamente, a capacidade do enfermeiro reconhecer os limites individuais e de solicitar ajuda quando necessário e a aptidão de trabalhar em equipa intradisciplinar de forma a favorecer um clima de cooperação promotor de melhor qualidade de vida pessoal e profissional. A comunicação influencia o clima da equipa e este é um predictor da satisfação no trabalho (Judite Prodfoot; Upali W. Jayasinghe et al, 2007) e da eficácia da equipa (Yeatts D, Seward R., 2000) ou seja, do desempenho no trabalho.

Os problemas causados pela inaptidão para comunicar em equipa têm sido largamente documentados na pesquisa, e identificadas as suas consequências negativas, quer para os profissionais quer para a qualidade dos cuidados. Alguns deles incluem perda de oportunidades de aprendizagem e uma tendência para trabalhar como um elemento de um grupo de indivíduos e não como uma equipa, culminando em redução da satisfação no trabalho (Zwarenstein M, Bryant W., 2002). A socialização profissional é reconhecida como um elemento essencial no processo de aprendizagem de habilidades, atitudes e comportamentos necessários para desempenhar papéis profissionais (MacIntosh, 2003). Nos dias de hoje é impossível os profissionais de saúde trabalharem isoladamente, quer devido à complexidade das situações apresentadas pelos utentes dos serviços de saúde, quer devido ao desenvolvimento tecnológico, quer ainda devido à explosão e fragmentação do conhecimento (Kerouac et al, 1996). Torna-se, assim, relevante conhecer a interação que os enfermeiros têm com os seus pares, sendo este o objectivo deste trabalho.

## METODOLOGIA

O estudo de natureza quantitativa, exploratório e descritivo, foi realizado no Departamento de Cirurgia de um Hospital Geral Central da Cidade do Porto, constituído por quatro Serviços de Cirurgia Geral, que serão nomeados ficticiamente para garantia da confidencialidade dos participantes. A amostra, não probabilística de conveniência ou intencional, foi constituída por enfermeiros e enfermeiros graduados. O instrumento de colheita de dados contempla um questionário para caracterização sócio-demográfica dos inquiridos e o “*Index of Work Satisfaction*” (IWS), que integra uma subescala de cinco itens para medir a interação entre os enfermeiros e a equipa médica. A análise estatística foi efectuada com recurso ao programa de análise estatística de dados SPSS®.

Após autorização cedida pela autora do IWS e da investigadora que traduziu e validou o instrumento para o português do Brasil (Lino, 1999), foi formalizado o pedido de autorização à Direção de Enfermagem da referida instituição e de colaboração ao Enfermeiro Chefe/Responsável do Serviço de Cirurgia, para aplicação do questionário, os quais foram autorizados.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos 70 enfermeiros dos serviços em análise, participaram no estudo 63 (90%) enfermeiros, 16% (10) do sexo masculino e 84% (53) do sexo feminino, 57% (36) casados ou em união de facto, 41% (26) solteiros e 2% (1) divorciados, com idades compreendidas entre os 23 e os 56 anos de idade, média de idade 37 anos e desvio-padrão 1,14, num total de 15 enfermeiros do serviço de cirurgia W homens, 16 enfermeiros do serviço de cirurgia W mulheres, 16 enfermeiros do serviço de cirurgia B homens e 16 enfermeiros do serviço de cirurgia B mulheres.

Os enfermeiros responderam afirmativamente, aos seguintes itens:

- “No meu Serviço, há colaboração entre os enfermeiros” - No Serviço de Cirurgia W homens, 93,3% (14) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia W mulheres, 87,5% (14) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B homens, 68,7% (11) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B mulheres, 93,8 % (15) enfermeiros.

- “Neste Serviço, é difícil os enfermeiros novos sentirem-se ‘em casa’” - No Serviço de Cirurgia W homens, 6,7% (1) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia W mulheres 6,2% (1) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B homens, 43,8% (7) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B mulheres, 37,5% (6) enfermeiros.

- “No meu Serviço, existe trabalho em equipa e cooperação entre os enfermeiros das várias categorias profissionais” - No Serviço de Cirurgia W homens, 86,7% (13) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia W mulheres, 81,3% (13) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B homens, 50% (8) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B mulheres, 93,8 (15) enfermeiros.

- “No meu Serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria” - No Serviço de Cirurgia W homens, nenhum enfermeiro respondeu afirmativamente a este item. No Serviço de Cirurgia W mulheres, responderam afirmativamente 25% (4) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B homens, 56,2% (9) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B mulheres, 25% (4) enfermeiros.

- “No meu Serviço há muita ‘distinção de posições’: os enfermeiros raramente se ‘misturam’ com os funcionários com menor experiência ou com diferentes tipos de formação académica” - No Serviço de Cirurgia W homens, nenhum enfermeiro respondeu afirmativamente a este item. No Serviço de Cirurgia W mulheres responderam afirmativamente 6,2% (1) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B homens, 6,2% (1) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B mulheres 6,2% (1) enfermeiros.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra do estudo é predominantemente constituída por elementos do sexo feminino (84%), casados (57%), “jovens”, a média da idade é de 37 anos ( $Dp \pm 1,14$ ). No Serviço de Cirurgia B homens é mais difícil a integração dos enfermeiros, o que pode ter consequências na identidade profissional. As primeiras experiências de socialização, tais como a interacção com os enfermeiros de um serviço, têm uma forte influência na visão que um indivíduo tem de enfermagem e na identificação com atributos dos enfermeiros (Price Sheri, 2009). No Serviço de Cirurgia B homens há menos colaboração, trabalho em equipa e cooperação entre os enfermeiros das várias categorias profissionais. A socialização profissional em enfermagem é reconhecida como um factor que, para além de possibilitar a aquisição de habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar um papel, inclui a compreensão dos valores e normas que são fundamentais para a essência da profissão (Howskins & Ewens, 1999), o que pode ser facilitado pelos enfermeiros com maior idoneidade profissional. O processo pelo qual os indivíduos são socializados profissionalmente tem sido associado a uma série de factores pessoais, situacionais e organizacionais (Creamer & Laughlin, 2005), pelo que há factores que poderão estar sob o controlo dos gestores dos serviços. As equipas de enfermagem devem ser formadas não só com base no rácio enfermeiro/necessidade de cuidados mas, também, tendo em conta os conhecimentos e habilidades dos elementos que a compõem. Quanto maior a diversidade da equipa relativamente a habilidades, maior o nível global do trabalho em equipa e, especificamente, nos turnos com maior dotação de enfermeiros, o nível global do trabalho em equipa é maior (Kalisch, B.J. et al, 2011), premissas que o gestor deve ter em consideração quando elabora os planos de trabalho, tendo consciência que “melhorar a comunicação e a colaboração entre os elementos da equipe de saúde pode melhorar a satisfação entre os participantes, a satisfação dos utentes e a qualidade dos cuidados (Vazirani S. et al, 2005).

Embora o contacto dos enfermeiros com os funcionários com menor experiência ou com diferentes tipos de formação académica não seja selectivo em nenhum dos serviços, no Serviço de Cirurgia B homens mais de metade dos enfermeiros refere que gostaria que o pessoal de enfermagem fosse mais amigável e extrovertido. A comunicação influencia o clima da equipa e este tem repercussões na satisfação profissional, sendo este um dos critérios de avaliação do Serviço Nacional de Saúde. A insatisfação com o trabalho pode induzir frustração entendida como uma “emoção com as características específicas: Sentimentos de descontentamento e desapontamento no alcançar de um desejo devido a limitações externas, falta de apoio externo; resistência ou comportamentos errados, desonrosos e insensatos da parte de outros” (ICN, 2005).

No serviço Cirurgia W homens a interacção parece mais favorável, a distinção de categorias profissionais não interfere, em absoluto, no relacionamento, a qualidade dos relacionamentos é a esperada, a integração dos enfermeiros não é difícil e há evidência de colaboração entre os enfermeiros, nomeadamente entre os enfermeiros das várias categorias profissionais.

Pela análise dos dados, parece haver diferenças na interacção entre os enfermeiros nos serviços em estudo, o que merece intervenção dos gestores de recursos humanos cientes de que os processos comunicacionais do trabalho em equipa convergem para articulação das acções, coordenação, integração dos saberes e a interacção das pes-

soas no trabalho. A equipe de enfermagem deve partilhar a conceptualização/problematização da sua prática. As reuniões de serviço, a formação em serviço e os grupos de trabalho oferecem oportunidades para o intercâmbio de informação, aprendizagem de capacidades e empowerment (Creamer & Laughlin, 2005).

## CONCLUSÕES

A capacidade de prestar cuidados seguros e de qualidade está associado com o trabalho em equipa. Pressupõe-se que os elementos da equipa interajam entre si e prestem cuidados de saúde integrados, o que só pode ser alcançado com comunicação efectiva. O uso da comunicação é um instrumento para melhorar a humanização e o cuidado em enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CREAMER, E. G.; LAUGHLIN, A. - Engaging Differences: Self-Authorship and the Decision-Making Process. *New Directions for Teaching and Learning*. Vol. 109 (2007). DOI: 10.1002/tl.264.
- HOWSKINS, E.; EWENS, A. - How student's experience professional socialization. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 36, n.º 1 (1999), p.41-49.
- JUDITH, P.; UPALI, W. J.; CHRIS, H.; JANE, G.; TANYA, B.; CHERYL, A.; JUSTIN, B.; MARK, F. H. - Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 19, n.º 3 (2007), p.164-169.
- KALISCH, B. J.; LEE, K. K. - Nurse Staffing Levels and Teamwork: A Cross-Sectional Study of Patient Care Units in Acute Care Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 43, n.º 1 (2011), p. 82-88.
- KEROUAC, Suzanne [et al.] - *El pensamiento enfermeiro*. Barcelona: Masson, 1996.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0*. 1.ª ed. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- LINO, M. M. - *Satisfação profissional entre enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva. Adaptação transcultural do Índice of Work Satisfaction*. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. 1999. Dissertação de Mestrado.
- MACINTOSH, J. - Reworking professional nursing identity. *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 25, n.º 6 (2003), p. 725-741.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE. Conselho de Enfermagem. 2003.
- PRICE, S. L. - Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 65, n.º 1 (2009), p.11-19.
- VAZIRANI, S.; HAYS, R.D.; SHAPIRO, M.F.; COWAN, M. - Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*. Vol. 14, n.º 1 (2005), p. 71-77.

YEATTS, D. E.; SEWARD, R. R. - Reducing turnover and improving healthcare in nursing homes: the potential effects of self-managed work Teams. *Gerontologist*. Vol. 40, n.º 3 (2000), p. 358-363.

ZWARENSTEIN, M.; BRYANT, W. - Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *The Cochrane Library*, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2002.

## A INTERACÇÃO MULTIDISCIPLINAR NUM DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Freire, R.M.A.\*

Gonçalves, M.N.C.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto; e-mail: rosafreire@esenf.pt

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Assistente 2.º Triénio; e-mail: mnarcisa@esenf.pt

## RESUMO

**Introdução:** Os problemas de comunicação entre os elementos de uma equipa multidisciplinar, inclusive entre médicos e enfermeiros, são um dos graves problemas das instituições de saúde. A comunicação interdisciplinar eficiente é um predictor de melhores resultados de saúde do utente, significativos e dos profissionais de saúde. Torna-se então relevante conhecer como as equipas de saúde interagem.

**Metodologia:** Estudo descritivo de natureza quantitativa, exploratório e descritivo. A amostra, não probabilística de conveniência ou intencional, foi constituída por enfermeiros do Departamento de Cirurgia de um Hospital Geral Central. O instrumento de colheita de dados integrou um questionário para caracterização sócio-demográfica dos enfermeiros e o “Index of Work Satisfaction” (IWS).

**Resultados:** Os resultados demonstram haver fragilidades na interacção entre enfermeiros e médicos, o que exige reflexão não só por ambos os grupos profissionais mas, também, pelos gestores da instituição, uma vez que a dificuldade de interacção coordenada e positiva entre enfermeiros e médicos resulta em ambientes de trabalho insalubres e em resultados de saúde indesejados.

**Conclusões:** A segurança dos cuidados de saúde passa inexoravelmente pela interdisciplinaridade a todos os níveis de intervenção dos profissionais.

**Palavras-Chave:** Segurança; Comunicação; Relações Médico-Enfermeiro; Avaliação de resultados; Gestor de Saúde

## ABSTRACT

**Background:** The communication problems between the elements of a multidisciplinary team, including among doctors and nurses are one of the serious problems of health institutions. The effective interdisciplinary communication is a predictor of better health outcomes of the client, and significant health professionals. It then becomes relevant to know how teams of health interact.

**Methodology:** Descriptive and quantitative study, exploratory and descriptive.

The sample, non-probability convenience or intentional, was formed by nurses in the Surgery Department of a General Hospital Central. The instrument of data collection included a questionnaire for socio-demographic characteristics of nurses and “Index of Work Satisfaction (IWS).

**Results:** The results demonstrate a weakness in the interaction between nurses and doctors, which requires consideration not only by both professional groups but also by managers of the institution, since the difficulty of coordinated interaction and positive relationship between nurses and physicians results in environments work in unhealthy and undesirable health outcomes.

**Conclusions:** The safety of health care is an interdisciplinary inexorably to all levels of professional intervention.

**Keywords:** Safety; Communication; Physician-Nurse Relations; Patient Outcomes Assessment; Health Manager

## INTRODUÇÃO

O ICN define comportamento interactivo como um “comportamento com as características específicas: Agir com os outros” e inclui neste comportamento a comunicação “dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre indivíduos ou grupos, usando comportamentos verbais e não verbais (...), e a participação “fazer parte de algo, partilhar uma actividade”. Interação proporciona relacionamento e este pode promover a colaboração, entendida como “trabalhar em conjunto com alguém” (ICN, 2005). Todas estas entidades, se positivas, são elementos integradores da coesão no local de trabalho, com benefício na qualidade dos cuidados.

Alguns estudos referem que a eficiente comunicação interdisciplinar leva a melhores resultados no utente e significativos, ou seja, altos níveis de satisfação do paciente e da família, controlo dos sintomas, redução no tempo de internamento e custos hospitalares, para além de também se poder repercutir positivamente na capacidade de diagnóstico realizado pelos profissionais de saúde (Kuziemyk et al, 2009). A formação, a cultura do serviço e os anos de experiência profissional são predictores fortes da compreensão dos objectivos dos cuidados a prestar ao utente, mas a comunicação eficaz entre a equipa também é, na medida em que possibilita a discussão dos planos de cuidados e a partilha dos objectivos dos cuidados (Flin R, Yule S, 2004), favorecendo a optimização da oferta de serviços.

A comunicação/interacção entre os profissionais de uma equipa é o denominador comum da proposta da formação e condução de qualquer equipa de trabalho, pelo que ao serem identificadas insuficiências devem ser tomadas medidas correctivas com o desígnio de incrementar a qualidade de vida no ambiente laboral, que podem incluir a redefinição de tarefas, de dotação de pessoal, formação dos profissionais, entre outras medidas. A ser assim, torna-se relevante, quer para os gestores de recursos humanos, quer para quem estuda as organizações, conhecer a interacção entre os elementos das equipas de saúde, sendo este o objectivo deste trabalho.

## METODOLOGIA

O estudo de natureza quantitativa, exploratório e descritivo, foi realizado no Departamento de Cirurgia de um Hospital Geral Central da Cidade do Porto, constituído por quatro Serviços de Cirurgia Geral, que serão nomeados ficticiamente para garantia da confidencialidade dos participantes. A amostra, não probabilística de conveniência ou intencional, foi constituída por enfermeiros e enfermeiros graduados. O instrumento de colheita de dados contempla um questionário para caracterização sócio-demográfica dos inquiridos e o “Index of Work Satisfaction” (IWS), que integra uma subescala de cinco itens para medir a interacção entre os enfermeiros e a equipa médica. A análise estatística foi efectuada com recurso ao programa de análise estatística de dados SPSS®.

Após autorização cedida pela autora do IWS e da investigadora que traduziu e validou o instrumento para o português do Brasil (Lino, 1999), foi formalizado o pedido de autorização à Direcção de Enfermagem da referida instituição e de colaboração ao Enfermeiro Chefe/Responsável do Serviço de Cirurgia, para aplicação do questionário, os quais foram autorizados.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos 70 enfermeiros dos serviços em análise, participaram no estudo 63 (90%) enfermeiros, 16% (10) do sexo masculino e 84% (53) do sexo feminino, 57% (36) casados ou em união de facto, 41% (26) solteiros e 2% (1) divorciados, com idades compreendidas entre os 23 e os 56 anos de idade, média de idade 37 anos e desvio-padrão 1,14, num total de 15 enfermeiros do serviço de cirurgia W homens, 16 enfermeiros do serviço de cirurgia W mulheres, 16 enfermeiros do serviço de cirurgia B homens e 16 enfermeiros do serviço de cirurgia B mulheres.

Os enfermeiros responderam afirmativamente, aos seguintes itens:

- “Neste Serviço, os médicos em geral colaboram com a equipe de enfermagem” - No Serviço de Cirurgia W homens, 80% (12) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia W mulheres, 75% (12) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B homens, 31,2% (5) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B mulheres, 75% (12) enfermeiros.

- “No meu Serviço há trabalho em equipa entre enfermeiros e médicos” - No Serviço de Cirurgia W homens, 60% (9) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia W mulheres, 37,5% (6) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B homens, 31,2% (5) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B mulheres, 43,8% (7) enfermeiros.

- “Eu gostaria que os médicos do meu Serviço mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem” - No Serviço de Cirurgia W homens, 80% (12) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia W mulheres, 81,3% (13) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B homens, 87,5% (14) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B mulheres, 68,7% (11) enfermeiros.

- “Os médicos deste Serviço geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz” - No Serviço de Cirurgia W homens, 80% (12) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia W mulheres, 68,7% (11) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B homens, 50% (8) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B mulheres, 68,8% (11) enfermeiros.

- “Os médicos deste Serviço não valorizam a equipe de enfermagem” - No Serviço de Cirurgia W homens, 60% (9) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia W mulheres, 50% (8) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B homens, 31,2% (5) enfermeiros; no Serviço de Cirurgia B mulheres, 43,8 (7) enfermeiros.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pela análise dos dados, podemos concluir que a amostra do estudo é predominantemente constituída por elementos do sexo feminino (84%), casados (57%), “jovens”, a média da idade é de 37 anos (Dp +1,14).

A maioria dos enfermeiros dos serviços em estudo refere que os médicos do serviço em geral colaboram com a equipe de enfermagem, à excepção dos enfermeiros serviço de Cirurgia B homens, e mais de metade dos enfermeiros dos serviços em estudo refere não haver trabalho em equipa entre enfermeiros e médicos, à excepção do Serviço de Cirurgia W homens. A interacção ineficaz tem uma correlação directa com os resultados do paciente,

eventos adversos e problemas de stress profissional (Curtis et al, 1011). Um estudo realizado por Knaus et al (1986) revela que a comunicação médico-enfermeiro foi o predictor mais importante das taxas de mortalidade em 13 unidades de terapia intensiva em centros médicos académicos. Melhorar a comunicação e a colaboração entre os elementos da equipe de saúde pode melhorar a satisfação entre os participantes, a satisfação dos utentes e a qualidade dos cuidados (Vazirani S. et al, 2005).

A deficiente comunicação entre os elementos de diferentes categorias profissionais, inclusive entre médicos e enfermeiros, é um dos graves problemas das instituições de saúde. Um estudo realizado, com médicos e enfermeiros, mostra que 75% dos inquiridos tinham presenciado “comportamento perturbador” nos médicos, e 68% tinha testemunhado tal comportamento nos enfermeiros. Além disso, 17% referiram que os eventos adversos ocorreram como resultado da indisciplina (Rosenstein; O’Daniel, 2005).

Em todos os serviços, a maioria dos enfermeiros refere que gostaria que os médicos do Serviço mostrassem mais respeito pelas habilidades e conhecimentos da equipe de enfermagem. Esta atitude não é tão representada no Serviço de Cirurgia B mulheres. Ao contrário dos outros dois serviços, no Serviço de Cirurgia W mulheres e no Serviço de Cirurgia W homens, metade ou mais de metade dos enfermeiros refere que os médicos do Serviço não valorizam a equipe de enfermagem. Atributos da colaboração interdisciplinar incluem respeito mútuo, para além de, verdade, conhecimento, boa comunicação, cooperação, coordenação, partilha de tomada de decisão e de responsabilidade, e optimismo (Christ Grace H.; Blacker Susan, 2005).

Metade ou mais de metade dos enfermeiros refere que os médicos do Serviço geralmente compreendem e apreciam o que a equipe de enfermagem faz. Curtis et al, (2011) efectuaram uma revisão da literatura e identificaram problemas específicos que contribuem para a comunicação ineficaz entre médicos e enfermeiros, que incluem sobrecarga de trabalho, diferentes percepções sobre a prática de cuidados e linguagem díspar.

Pressupõe-se que os elementos da equipa interajam entre si e prestem cuidados de saúde integrados. Nesta perspectiva, “de forma a responder eficazmente a todas as solicitações colocadas pelos utentes, torna-se indispensável que os profissionais de saúde juntem esforços no sentido de realizar um verdadeiro trabalho em equipa, o qual é baseado na cooperação” (OMS, 1988) que não dispensa empenhamento, competência e responsabilidade de todos os membros na realização dos seus propósitos. Relativamente à formação dos profissionais acrescenta, ainda o mesmo organismo, que os mesmos devem ter a oportunidade de aprender a trabalhar em conjunto, assim como deveria dar-se tanta ou mais importância às competências relacionais (saber – ser, saber – estar) como às instrumentais (saber – fazer) e às cognitivas (saber – saber).

Este estudo demonstra haver fragilidades na interacção entre enfermeiros e médicos e exige reflexão não só por ambos os grupos profissionais mas, também, pelos gestores da instituição.

## CONCLUSÕES

A segurança dos cuidados de saúde passa inexoravelmente pela interdisciplinaridade e multiprofissionalidade a todos os níveis de intervenção dos profissionais. Trata-se cada vez mais de um imperativo ético, moral e social de todos os envolvidos nos complexos processos de prestação de cuidados de saúde e, por conseguinte, deverá constituir uma importante preocupação e exigência de todos os gestores com o objectivo de limitar dificuldades na interacção coordenada e positiva entre enfermeiros e médicos, que podem resultar em ambientes insalubres de trabalho e em pobres resultados dos utentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHRIST, G. H.; BLACKER, S. - Improving Interdisciplinary Communication Skills with Families. *Journal of Palliative Medicine*. Vol. 8, n.º 4 (2005), p. 855-856.
- COPNELL, B.; JOHNSTON, L.; HARRISON, D. [et al.] - Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 13, n.º 1 (2004), p.105-113.
- CURTIS, K.; TZANNES, A.; RUDGE, T. - How to talk to doctors – A guide for effective communication. *International Nursing Review*. Vol. 9 (2011). DOI: 10.1111/j.1466-7657.2010.00847.x
- FLIN, R, YULE, S. - Leadership for safety: industrial experience. *Quality and Safety in Health Care*. Vol. 13, Suppl. II (2004), p. 45-51.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0*. 1.ª ed. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- KNAUS, W.A.; DRAPER, E.; WAGNER, D.P.; ZIMMERMAN, J.E. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 104, n.º 3 (1986), p.410-418.
- KUZIEMSKY, C.E.; BORYCKI, E.M.; PURKIS, M.E.; BLACK, F.; BOYLE, M.; CLOUTIER-FISHER, D.; FOX, L.A.; MACKENZIE, P.; SYME, A.; TSCHANZ, C.; WAINWRIGHT, W.; WONG, H. - An interdisciplinary team communication framework and its application to healthcare e-teams' systems design. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. Vol. 9, n.º 43 (2009). DOI:10.1186/1472-6947-9-43.
- LINO, M. M. - *Satisfação profissional entre enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva. Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction*. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. 1999. Dissertação de Mestrado.
- OMS - Apprendre ensemble pour œuvrer ensemble au service de la santé. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé : la formation en équipe. *Série de rapports techniques*, 769. Genève: OMS, 1988.
- ROSENSTEIN, A., O'DANIEL, M. - Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *American Journal of Nursing*. Vol. 105 (2005), p.54-64.
- READER, T. W.; FLIN, R.; MEARNES, K. and CUTHBERTSON, B. H. - Critical care. Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*. Vol. 98, n.º 3 (2007), p.347-352.

STAMPS, P. L. - Nurses and Work Satisfaction: an index for measurement. 2.<sup>a</sup> ed. Chicago: Health Administration Press, 1997.

VAZIRANI, S.; HAYS, R. D.; SHAPIRO, M. F. [et al.] - Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*. Vol. 14, n.º 1 (2005), 71-77.

## QUALIDADE DE VIDA DA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Fabião, A.S.A.O.\*  
Ferreira, A.P.B.O.\*\*  
Filipe, V.A.G.L.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professora Adjunta; e-mail: jfabiao@esenfc.pt

\*\* Hospitais da Universidade de Coimbra, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; e-mails: anapbranquinho@gmail.com; vanileitao@gmail.com

## RESUMO

A incontinência urinária é um problema de saúde pública que urge de atenção por parte dos profissionais de saúde e das próprias mulheres no sentido da sua prevenção e tratamento. É sobejamente conhecido que esta tem um impacto negativo em diferentes domínios da vida da mulher tal como o social, psicológico, físico e económico.

**Objectivos:** Avaliar a Qualidade de Vida da mulher com incontinência urinária que frequentam a consulta externa de uroginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC); Conhecer em que medida o tipo de incontinência urinária influencia a Qualidade de Vida da mulher; Conhecer em que medida os sintomas decorrentes da incontinência urinária influenciam a Qualidade de Vida da mulher.

**Metodologia:** Desenvolvemos um estudo quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional. Foi constituída uma amostra de 97 mulheres com incontinência urinária que frequentam a consulta de uroginecologia dos HUC. O método de amostragem escolhido foi o não probabilístico do tipo acidental de acordo com os requisitos predefinidos. Aplicou-se um instrumento de colheita de dados constituído por um questionário de caracterização sócio-demográfica, antropométrica e clínica da amostra e o King's Health Questionnaire.

**Resultados e Conclusões:** Os resultados encontrados sugerem que a incontinência urinária influencia negativamente a Qualidade de Vida da mulher. Os domínios “impacto da incontinência” e “medidas de gravidade” são aqueles que contribuem para níveis de qualidade de vida menores. Sendo os domínios de “limitação social” e “relações pessoais” aqueles que apresentam melhores índices de qualidade de vida. No que respeita aos sintomas concluímos que a frequência urinária é aquele que mais limita a qualidade de vida das mulheres em todos os domínios. No que concerne ao tipo de incontinência urinária concluímos que não existem diferenças significativas na qualidade de vida das mulheres.

**Palavras-chave:** Incontinência Urinária; Qualidade de Vida; Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

Urinary incontinence is a public health problem which needs to be addressed by health professionals and women themselves towards its prevention and treatment. It is well known that this has a negative impact on different areas of women's lives such as social, psychological, physical and economic.

**Objectives:** To assess the quality of life of women with urinary incontinence attending the outpatient urogynecology of the Hospitals of the University of Coimbra (HUC); know in which way the type of urinary incontinence affects the quality of life of women; know to what extent symptoms due to urinary incontinence affect quality of life of women.

**Methodology:** We developed a quantitative, non-experimental, descriptive correlational. A sample of 97 women with urinary incontinence attending the outpatient urogynecology of HUC. The sampling method chosen was not accidental probability of type according to the predefined requirements. We applied an instrument for

collecting data comprising a questionnaire of socio-demographic, anthropometric and clinical sample and the King's Health Questionnaire.

Results and Conclusions: The results suggest that urinary incontinence affects on the quality of life of women. The areas Impact of Incontinence "and" severity measures "are those that contribute to levels of lower quality of life. Since the domains of "social limitation" and "personal relationships" those who have better quality of life indices. With regard to symptoms concluded that urinary frequency is one that most limits the quality of life of women in all areas. Regarding the type of urinary incontinence concluded that no significant differences in quality of life of women.

**Keywords:** Urinary Incontinence; Quality of live; Women 's health.

## INTRODUÇÃO

O principal objectivo dos cuidados de saúde é melhorar a situação de cada pessoa e sem dúvida que existe uma relação muito forte entre qualidade de vida e saúde. No entanto, não podemos dizer que a qualidade de vida de uma pessoa depende somente da sua saúde. Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Há consenso entre os investigadores da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito qualidade de vida: subjectividade e multidimensionalidade (Swithinbank e Abrams, 1999; Auge et al., 2006).

Os cuidados de saúde à mulher devem visar a melhoria da sua qualidade de vida em todas as fases do ciclo de vida. As expectativas crescentes da mulher, bem como as mudanças profundas na família, na sociedade e no comportamento sexual, tornam a promoção da saúde da mulher um campo de desafios para a Enfermagem. A atenção à saúde da mulher centra-se em processos psicológicos e biológicos manifestadas individualmente. Neste âmbito, a mulher é entendida como um ser com emoções e desejos, com valores, com crenças e conhecimentos, frutos da sua interacção com o ambiente físico e sócio-cultural passado, presente e projectado para o futuro. A saúde é entendida como um percurso para a vida e não como uma finalidade de vida devendo a assistência ser constituída por acções educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, indo de encontro às reais necessidades das mulheres.

Existe unanimidade em que a qualidade de vida das mulheres sofre um impacto negativo com a ocorrência da incontinência urinária (IU). Esta conduz a importantes implicações em diferentes dimensões da vida, como a social, psicológica, física, económica, não sendo apenas uma ameaça à auto-estima mas também como factor de isolamento social e depressão (Ortiz, 2004; Tamanini et al., 2004).

Segundo o Comité da Sociedade Internacional de Incontinência a definição de incontinência urinária é "a queixa de qualquer perda involuntária de urina" (Tamanini et al., 2004).

A IU feminina é um importante problema de saúde pública, quer pela sua prevalência, quer pelo impacto elevado

a nível físico, psíquico e social na vida da mulher (Silva et al., 1999). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera esta doença um problema de saúde pública, e estima que a IU afecte mais de duzentos milhões de pessoas em todo o mundo (Ortiz, 2004).

Segundo Mascarenhas (2007), presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia, estima-se que cerca de oitocentos mil portugueses sofram de IU e que este problema afecta essencialmente mulheres.

Nesta linha de pensamento, é importante perceber quais as causas deste problema, como pode ser prevenido e que soluções existem para minimizar as suas consequências. De facto a IU já é considerada um importante problema da sociedade atendendo não só à sua prevalência mas também ao impacto que tem na qualidade de vida e aos custos que acarreta.

Por este facto, e porque sabemos que a investigação tem um carácter fundamental na resolução de problemas, realizamos o presente estudo, partindo da seguinte questão de investigação: Qual a Qualidade de Vida da mulher com Incontinência Urinária, que frequenta a consulta de uroginecologia dos HUC?

## METODOLOGIA

Tendo presente os objectivos deste estudo, utilizámos o método quantitativo. Quanto ao nível de análise este estudo caracteriza-se como sendo do tipo descritivo-correlacional. Assim nesta linha de pensamento pretendemos descrever a qualidade de vida da mulher com incontinência urinária, analisar o contributo dos factores que estão associados ao fenómeno e verificar relações entre as variáveis. A presente investigação enquadra-se na tipologia da investigação não-experimental e descritiva.

A população-alvo é constituída pelas mulheres inscritas na Consulta Externa de uroginecologia dos HUC. O método de amostragem escolhido foi não-probabilístico do tipo acidental, o qual consistiu na selecção das mulheres de acordo com os seguintes critérios de inclusão: presença de sintomatologia de IU; frequentar a consulta de uroginecologia, no período de 30/03/2008 a 02/05/2008; Saber ler e escrever.

Constituímos uma amostra com 97 mulheres com IU que aguardavam consulta de uroginecologia e fomos saber como avalia a sua qualidade de vida no momento. Neste sentido, construiu-se um instrumento de colheita de dados constituído por duas partes, em que a primeira parte visa a caracterização da amostra no que diz respeito à idade, IMC, estado civil, profissão, habilitações literárias, área de residência, número de gestações, paridade, tempo de duração da IU, frequência diária das perdas de urina e identificação da associação de um factor precipitante da IU e uma segunda parte em que é aplicado o KHQ (King's Health Questionnaire) uma vez que a ICS o considera de nível "A" ou seja "altamente recomendável" para a utilização em pesquisas científicas sobre IU. Perante a relevância do tema e à falta de estudos nacionais que avaliem o impacto da IU na qualidade de vida, propusemo-nos adaptar o KHQ, validado por Fonseca et al. em 2005 para a população feminina brasileira.

Analizamos a consistência interna do KHQ através do cálculo do coeficiente alpha de Cronbach para cada um

dos sete domínios de qualidade de vida. O alpha de Cronback global (30 itens) é 0,907 o que revela um valor de consistência interna bom.

Posteriormente à recolha de dados fez-se o seu tratamento estatístico recorrendo ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 12.0 para Windows.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

As 97 mulheres que fizeram parte do nosso estudo apresentam uma média de idades que se situa nos 56,15 anos. A mulher mais nova apresentava 33 e a mais velha 71 anos. O IMC varia entre os 19,15 e 45,79 Kg/m<sup>2</sup>, com uma média de 27,75. A análise dos dados permitiu-nos dar conta que as mulheres com excesso de peso e obesidade são mais representativas relativamente às que têm peso normal. Maioritariamente as mulheres são casadas (78,4%) e residem 62,9% em zonas rurais. Em relação à ocupação/profissão as domésticas, reformadas e funcionárias públicas têm todas a mesma representatividade na amostra. As mulheres que trabalham por conta de outrem, 26,8% da amostra e dessas 30,8% são empregadas fabris, 19,2% dedicam-se ao comércio e com a mesma representatividade 15,4% são empregadas de hotelaria e as que se dedicam à agricultura. Na escolaridade o grupo mais representativo pertence às mulheres que têm o ensino primário incompleto (38,1%), seguido das mulheres que têm a 4ª classe completa até ao 9º ano incompleto. O grupo menos representativo corresponde às que têm curso profissional (1,1%).

No que diz respeito à caracterização clínica da amostra em relação ao número de gestações o grupo mais representativo da amostra pertence às mulheres que estiveram duas vezes grávidas (40,1%), sendo o número de gestações médio de 2,41. Relativamente à paridade verifica-se claramente que grande parte das mulheres teve dois partos (48,5%). A maior parte das mulheres são múltiparas (73,2%), as primíparas representam 23,7% e apenas três mulheres são nulíparas. O tempo de duração da IU varia entre 1 ano e 40 anos, com uma média de 7,5 anos. Verificámos que as mulheres que perdem urina entre 2 e 4 anos e as que perdem urina há mais de 10 anos são as mais representativas e têm a mesma representatividade na amostra (22,7%). A média do tempo de duração da IU situa-se entre 6 e 8 anos. Em relação ao número de perdas de urina por dia, as mulheres que referiram perdas entre 3 a 4 vezes são o grupo mais representativo (34%), 23,7% perdem entre 5 e 6 vezes e 22,7% perde urina 7 ou mais vezes por dia. A maioria das mulheres (63,9%) refere associar a IU a um momento da sua vida. Deste grupo 41,9% associa a IU ao parto, 29% à realização de histerectomia total e 21% à menopausa. Relativamente ao tipo de IU 45,4% das mulheres do nosso estudo apresentou IU de Esforço, 43,3% IU Mista e 11,3% IU de Urgência.

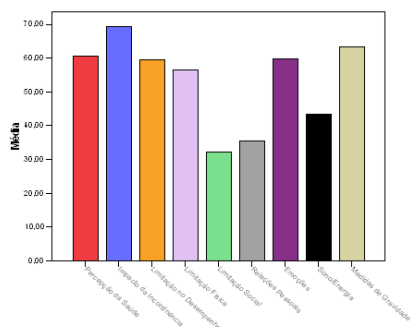
Após a análise da escala de sintomas integrada no KHQ pudemos verificar que apresenta uma média de 47,39, sendo os sintomas mais relatados a perda de urina com o esforço (94,8%), frequência urinária (92,8%) e noctúria (87,9%).

Com o objectivo de dar resposta à nossa questão de investigação procedemos ao cálculo do score de cada domínio do KHQ e explorámos cada um desses domínios de qualidade de vida relacionada com IU. Os valores mais altos

correspondem a piores níveis de qualidade de vida e os mais baixos a melhores, por isso, 0 (zero) corresponde à máxima qualidade de vida e 100 à pior qualidade de vida. Tal como defendem os autores deste questionário, os resultados são apresentados para cada um dos domínios uma vez que a escala não permite um score único (Fonseca et al., 2005).

O gráfico 1 permite-nos verificar que o domínio “impacto da incontinência urinária” é aquele que apresenta uma média de qualidade de vida pior (mais alta) versus o domínio “limitação da actividade social” com a média mais baixa e por isso melhores índices de qualidade de vida.

Gráfico 1 – Representação gráfica do score médio para cada um dos domínios de qualidade de vida



Na tabela 1 podemos verificar as médias de todas as escalas e constatamos também que todos os domínios de qualidade de vida medidos pela KHQ têm uma variação entre 0 e 100 pontos excepto a escala de medidas de gravidade que varia entre 16,6 de mínimo e 100 pontos de máximo, com um score médio de 63,23 e uma mediana de 66,67 pontos.

Tabela 1 – Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo relativamente aos scores dos domínios medidos pela KHQ (n=97)

Domínios da KHQ	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Percepção da Saúde	97	0,0	100,0	50,00	60,56	19,71
Impacto da Incontinência Urinária	97	0,0	100,0	66,67	69,42	28,33
Limitação no Desempenho	97	0,0	100,0	66,67	59,45	28,66
Limitação Física	97	0,0	100,0	50,00	56,53	31,96
Limitação Social	97	0,0	100,0	33,33	32,13	28,49
Relações Pessoais	97	0,0	100,0	33,33	35,57	21,33
Emoções	97	0,0	100,0	55,56	59,91	30,24
Sono/Energia	97	0,0	100,0	50,00	43,30	29,03
Medidas de Gravidade	97	16,6	100,0	66,67	63,23	20,19

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo por base o estudo de Sykes *et al.* (2005) e os resultados por nós encontrados, podemos afirmar que as mulheres inquiridas se enquadram na caracterização das mulheres com IU que procuram tratamento, nomeadamente são mulheres de meia-idade, tiveram em média dois partos, têm excesso de peso, têm sintomas moderados a severos de IU, têm mais probabilidade de apresentar IU de esforço e mista e procuram ajuda nos profissionais de saúde após pelo menos dois anos do início dos sintomas.

O aparecimento da IU é associado pela maioria das mulheres a um momento da sua vida, particularmente o parto (41,9%), a histerectomia total (29%) e a menopausa (21%), dados que são apoiados por Azevedo (2005) ao referir que entre os factores desencadeantes de IU estão o parto e a cirurgia pélvica. No que diz respeito à histerectomia total e menopausa, Ortiz (2004) baseado em vários autores esclarece que a associação destes factores com a IU permanece controversa.

Visto que o KHQ não nos fornece um score final iremos analisar os diferentes domínios individualmente. Assim, no que se refere ao domínio “percepção de saúde” há que realçar que apesar da maioria da amostra considerar que tem qualidade de vida razoável, em igual proporção surgem as mulheres que consideram ter pouca ou muito pouca qualidade de vida. Contrastando significativamente com o número reduzido de mulheres que percepciona a sua qualidade de vida como excelente ou boa. O que nos faz considerar que de facto a IU interfere significativamente na percepção de saúde das mulheres tal como é referido na teoria. A IU afecta diferentes aspectos, dimensões da vida da mulher e influencia significativamente a sua qualidade de vida (Rett *et al.*, 2006; Fonseca *et al.*, 2005; Tamanini *et al.*, 2003; Vinker *et al.*, 2001).

Com o mesmo sentido, surge o domínio “impacto da incontinência” que evidencia que a grande maioria das mulheres com IU assume que tem pouca ou muito pouca qualidade de vida, contrastando com o pequeno número de mulheres com boa e excelente qualidade de vida, o que nos parece de fácil compreensão uma vez que o impacto da IU na vida da mulher é significativo pelo que a sua percepção está associada. Igualmente, os estudos desenvolvidos com mulheres que procuram tratamento demonstram que a IU tem um impacto maior na qualidade da sua vida relativamente ao impacto relatado por mulheres em estudos realizados na população em geral, e que é em consequência do impacto percebido pela mulher que esta procura ajuda nos cuidados de saúde, mesmo que demore anos a fazê-lo (Abdel-Fattah *et al.*, 2007; Rodriguez *et al.*, 2003; Swithinbank e Abrams, 1997).

No domínio relativo à “limitação no desempenho” constatamos que mais de metade das mulheres inquiridas mostram índices de qualidade de vida baixos, o que condiciona as actividades de vida diária como tarefas domésticas e actividades laborais. Se tivermos em conta que cultural e socialmente o papel da mulher ainda está bastante associado ao desempenho das tarefas domésticas e que cada vez mais a mulher assume um papel activo no mercado de trabalho e no caso da nossa amostra exercem profissões que podem estar associadas ao esforço é de facto compreensível que as suas actividades estejam restringidas implicando os níveis baixos de qualidade de vida encontrados neste domínio. Também Auge *et al.* (2006) verificaram que a IU altera o desempenho das actividades ocupacionais e domésticas destas mulheres.

Azevedo (2005) descreve que as mulheres com IU sentem-se inferiorizadas, tristes e ansiosas, o que corrobora os resultados que obtivemos, ou seja, a maioria das mulheres com IU no domínio de qualidade de vida “emoções” assume ter pouca ou muito pouca qualidade de vida.

Relativamente ao domínio “medidas de gravidade” verificamos que mais de 50% das mulheres da nossa amostra referem que possuem pouca ou muito pouca qualidade de vida neste âmbito. Contrastando com a ínfima percentagem (1%) das mulheres que referem ter níveis de qualidade de vida excelentes. Apenas 2,1% das mulheres da nossa amostra nunca usaram protectores higiénicos, 57,7% usam protectores higiénicos sempre, obtendo um resultado de 97,9% de uso de protectores higiénicos com frequência variável. Para além dos protectores, 89,7% das mulheres tem necessidade de trocar de roupa com frequência e a esmagadora maioria (96,9%) preocupa-se com o facto de poder cheirar a urina. Como referem Rett et al., (2007), Auge et al. (2006) e Tamanini et al. (2003), o desconforto social e higiénico está presente nestas mulheres quer pelo medo da perda e do cheiro de urina, quer pela necessidade de utilizar protectores absorventes e de trocar mais frequentemente de roupa.

No que diz respeito à qualidade de vida nos diferentes grupos de mulheres com IU (urgência, esforço e mista), verificou-se que à excepção do domínio percepção de saúde, não foram encontradas diferenças significativas entre estes três grupos.

## CONCLUSÕES

Perante os resultados obtidos podemos afirmar que a IU é um problema multidimensional, uma vez que afecta em maior ou menor grau todos os domínios da qualidade de vida de cada mulher. Apesar de não ser um problema vital influencia e limita as actividades e o quotidiano destas mulheres, revelando-se um problema de saúde pública, exigindo programas de intervenção dirigidos na prevenção e tratamento deste problema.

Este estudo mostrou-nos que as mulheres com IU necessitam de um “olhar” mais atento por parte dos profissionais de saúde e especialmente dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia uma vez que é, aqui, junto das mulheres que têm um papel fundamental aos três níveis de prevenção ao longo do ciclo de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDEL-FATTAH, M. [et al.] - A Simple Visual Analogue Scale to Access the Quality of life in Women with Urinary Incontinence. *Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Vol. 133, n.º 1 (2007), p. 86-89.

AUGE, António Pedro [et al.] - Comparações entre os Índices de Qualidade de Vida em Mulheres com Incontinência Urinária Submetidas ou não ao Tratamento Cirúrgico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 28, n.º 6 (2006), p. 352-357.

AZEVEDO, Anabela - *Incontinência Urinária: Impacto no Feminino*. Coimbra: Formasau, 2005.

FONSECA, Eliana [et al.] - Validação do Questionário de Qualidade de Vida (King’s Health Questionnaire) em Mulheres Brasileiras com Incontinência Urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 27, n.º 5 (2005), p. 235-242.

MINAYO, Maria Cecília de Souza [et al.] - Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva* [em linha]. Vol. 5, n.º 1 (2000), p.7-18.

- ORTIZ, Contreras - Stress Urinary Incontinence in the Gynecological Practice. *International Journal of Gynecology&Obstetrics*. Vol. 86, n.º 1 (2004), p. 6-16.
- RETT, Mariana [et al.] - Qualidade de Vida em Mulheres após Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço com Fisioterapia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [em linha]. Vol. 29, n.º 3 (2007), p. 134-140.
- RODRIGUEZ, Larisson [et al.] - Discrepancy in Patient and Physician Perception of Patient's Quality of Life Related to Urinary Symptoms. *Urology*. Vol. 62, n.º 1 (2003), p. 49-53.
- SWITHINBANK, Lucy; ABRAMS, Paul - The Impact of Urinary Incontinence on the Quality of Life of Women. *World Journal Urology*. Vol. 17, n.º 4 (1999), p. 225-229.
- SWITHINBANK, Lucy [et al.] - Urinary Symptoms and incontinence in Women: Relationships Between Occurrence, Age and Perceived Impact. *British Journal of General Practice*. Vol. 49, n.º 448 (1999), p. 897-900.
- SYKES, David [et al.] - Characteristics of Female Outpatients with Urinary Incontinence Participating in a 6-month Observational Study in 14 European Countries. *The European Menopause Journal*. Vol. 52, n.º 2 (2005), p. 13-23.
- SILVA, Pedro [et al.] - Prevalência e Gravidade da Incontinência Urinária em Mulheres do Porto. *Revista de Epidemiologia – Arquivos de Medicina*. n.º 13 (Supl. 5) (1999), p. 16-19.
- TAMANINI, José [et al.] - Validação do “King's Health Questionnaire” para o Português em Mulheres com Incontinência Urinária. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 37, n.º 2 (2003), p. 203-211.
- TAMANINI, José [et al.] - Validação para o Português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form”. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 38, n.º 3 (2004), p. 438-444.
- VINKER, Slomo [et al.] - Urinary Incontinence in Women: Prevalence, Characteristics and Effect on Quality of Life: A Primary Case Clinic Study. *Israel Medical Association Journal*. Vol. 3, n.º 9 (2001), p. 663-666.

## A PARENTALIDADE NO CONTEXTO DA ESTERILIDADE

Ferreira, A.P.B.O.\*  
Filipe, V.A.G.L.\*\*

---

\* Hospitais da Universidade de Coimbra, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; e-mail: anapbranquinho@gmail.com

\*\* Hospitais da Universidade de Coimbra, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; e-mail: vanileitao@gmail.com

## RESUMO

A construção da parentalidade subentende um processo maturativo e dinâmico que está dependente de uma multiplicidade de factores. Tendo em conta que as situações de esterilidade têm vindo a aumentar é pertinente conhecer como é que os casais com história de esterilidade se adaptam à parentalidade.

Assim formulámos os seguintes objectivos: conhecer a adaptação dos casais com história de esterilidade à parentalidade; Identificar áreas de intervenção de enfermagem.

A pesquisa foi efectuada a partir do motor de busca Google Académico e por pesquisa manual em bibliotecas portuguesas, com as palavras-chave em português e inglês: esterilidade, infertilidade, parentalidade.

A revisão da literatura encontrada revela que, de modo geral, os cuidados aos filhos dos pais que enfrentaram uma fase de esterilidade na sua vida conjugal, não diferem em muito dos pais que não sofreram essa contrariedade.

No entanto segundo Gonçalves (2008) dadas as dificuldades do processo de fertilização, os filhos de casais estéreis são ainda mais preciosos e, como tal, a protecção para com estas crianças estende-se, por vezes, para além do razoável. Estas atitudes parentais conduzem a problemas na educação da mesma.

Noutro estudo, os resultados apontaram para uma vivência da gestação caracterizada pelo constante medo de perder o bebé, mesmo no último trimestre gestacional, sendo que as gestantes deste estudo apresentaram sentimentos de incapacidade de levar a gestação a termo (Dornelles, 2009).

Contudo, Hjelmstedt et al. (2004) contrapõe referindo que os sentimentos negativos relacionados com a infertilidade não foram facilmente superados pelos pais submetidos a fertilização in vitro, mas os seus níveis de stress relacionados com a paternidade foram semelhantes aos de pais de gravidez espontânea.

Os estudos encontrados são insuficientes para dar resposta ao problema levantado, pelo que a dúvida acerca da forma como os pais que sofreram de esterilidade cuidam e educam os seus filhos, bem como ao stress e preocupações que sofrem continua por esclarecer, sendo uma vertente essencial para compreender os pais e intervir adequadamente na prestação de cuidados de enfermagem aos mesmos.

**Palavras-chave:** Esterilidade, Transição para a parentalidade

## ABSTRACT

The construction of parenthood implies a maturation process that is dynamic and dependent on a multitude of factors. Taking into account that cases of sterility have been increasing as it is pertinent to know is that couples with a history of infertility adapt to parenthood.

Thus formulated the following objectives: know the adjustment of couples with a history of infertility to parenthood; Identify areas of nursing intervention.

The survey was conducted from the Google Scholar search engine and search for manual in Portuguese libraries, with the key words in Portuguese and English: sterility, infertility, parenting.

The literature review found shows that, generally, care for the children of parents who have faced a period of sterility in their married life, do not differ much from parents who have not suffered a setback.

However the second Gonçalves (2008) given the difficulties of the fertilization process, the children of infertile couples are even more precious and as such, the protection for these children extends, sometimes beyond reason. These parental attitudes lead to the same problems in education. In another study, the results pointed to an experience of pregnancy characterized by constant fear of losing the baby, even in the last trimester of pregnancy, and pregnant women in this study had feelings of inability to carry pregnancies to term (Dornelles, 2009).

However, Hjelmstedt et al. (2004) countered by stating that the negative feelings related to infertility were not easily overcome by parents undergoing in vitro fertilization, but their levels of stress related to parenting were similar to parents of spontaneous pregnancy.

Studies have found are insufficient to address the problem raised by the question about how parents who have suffered from sterility nurture and educate their children as well as suffering from stress and worry remains unclear and is an essential component for parents understand and intervene appropriately in providing nursing care to them.

**Keywords:** Sterility; Transition to parenthood

## INTRODUÇÃO

Durante milhares de anos e em todo o mundo, ansiou-se e venerou-se a fertilidade. Imagens de mulheres representadas morfológicamente com formas exuberantes são a prova viva desta adoração. Actualmente, esta experiência é vivenciada pelos casais de forma diferente. Influenciados por uma diversidade de factores, nomeadamente factores sócio-económicos, culturais, políticos e ambientais, os casais têm optado pela redução do número de filhos e ao adiamento da sua vinda. Quando optam pela concretização do projecto parental, alguns podem deparar-se com a impossibilidade de realizar este seu sonho (Borlot e Trindade, 2004). A esterilidade definida como uma doença pode ter várias causas e define-se como a ausência de gravidez após um ano de relacionamento sexual regular e sem utilização de contracepção (Almeida Santos, 2003). Ser considerado estéril é uma transgressão das prescrições e expectativas socialmente impostas tanto para a mulher como para o homem.

Deseja-se e/ou tem-se filhos por diversas razões. Como refere Canavarro (2001) ter filhos é transmitir diversas heranças, nomeadamente genética, costumes, valores e significados. Ser mãe/pai é ser agente de continuidade entre as gerações. Da mesma forma, para Carneiro et al. (2004), um filho representa a eternidade, possível de alcançar e a única forma da mãe e do pai se prolongarem, quer nas semelhanças, quer nas identificações. O apego

consciente e inconsciente à maternidade e paternidade biológica continua a ser muito forte, pelo que muitos casais com problemas de esterilidade submetem-se a longos e dispendiosos tratamentos, onerando recursos pessoais, conjugais e financeiros a fim de alcançarem o tão desejado filho biológico.

De facto, o desenvolvimento dos tratamentos dirigidos à esterilidade tem possibilitado a concretização de um filho biológico para muitos casais. Se por um lado podemos afirmar que os tratamentos disponíveis são relativamente fáceis, o mesmo não se aplica acerca das implicações que o diagnóstico/tratamento desta doença pode infligir nos casais. A tomada de consciência de que é difícil reproduzirem-se ou até mesmo impossível, pode contribuir para colocar em causa o bem-estar psicológico, físico e social destes casais (Moutinho, 2003; Fraga, 1999). O casal pode desenvolver ou até atravessar uma crise emocional, caracterizada por stress e modificações comportamentais, que originam alterações intrapsíquicas e interpessoais. Assim, a diáde é assolada por sentimentos de inveja, destruição, ódio, ciúme, amargura, infelicidade e raiva, por medo, ou pelo que lhe foi negado. Igualmente, a diminuição da auto-estima, sentimentos de depressão, de vergonha e de culpa, associadas à experiência de esterilidade, estão presentes, no casal, durante o diagnóstico, tratamento e intervenção da mesma (Faria, 2001; Leal e Pereira, 2005; Leiblum, 1997).

Ser pai/mãe é uma das maiores transições da vida adulta. É difícil, se não impossível prever o comportamento parental de determinado sujeito. A construção da parentalidade subentende um processo maturativo e dinâmico que está dependente de uma multiplicidade de factores. Considerando as vivências dos casais durante o processo de tratamento de esterilidade é importante questionar e conhecer como é que os casais com este percurso se adaptam à parentalidade. Assim, são objectivos centrais deste trabalho conhecer a adaptação dos casais com história de esterilidade à parentalidade e identificar áreas de intervenção de enfermagem.

## METODOLOGIA

A pesquisa foi efectuada a partir do motor de busca Google Académico, bem como por pesquisa manual em bibliotecas portuguesas, com as seguintes palavras-chave em português e inglês: esterilidade e transição para a parentalidade. Foram incluídos neste trabalho os dados resultantes de quatro estudos e uma revisão sistemática que respondem ao problema que se pretende esclarecer.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A revisão da literatura encontrada revela que, de modo geral, os pais que vivenciaram um período de esterilidade e que se submeteram a tratamentos a fim de conseguirem o filho biológico parecem, na generalidade, adaptar-se bem na transição para a parentalidade.

Repokari (2008), comparou a transição para a parentalidade entre casais estéreis e não estéreis em três momentos diferentes, nomeadamente às 18 – 20 S de gestação, às 8 S pós parto e ao 1º ano de vida do bebé. Verificou-se

que a história de esterilidade afecta a transição para a parentalidade, mas não parece constituir um risco para a saúde mental, relação conjugal e experiências de parentalidade para esses casais. Na verdade, estes pais foram mais resilientes no que diz respeito aos factores stressantes relacionados com o desenvolvimento da gestação e com o crescimento e desenvolvimento da criança. Entre as mães com história mais prolongada de esterilidade o medo do aborto e a dificuldade em criar representações do bebé durante a gravidez foram mais fortemente identificadas, mas não constituíram um risco na aceitação do bebé e na transição para a parentalidade. Segundo esta autora a exposição prolongada a factores stressantes torna os pais com história de esterilidade mais preparados para contornar as dificuldades na adaptação à parentalidade. Por outro lado Gonçalves (2008), refere que, dadas as dificuldades do processo de fertilização, os filhos de casais estéreis são ainda mais preciosos e, como tal, a protecção para com estas crianças estende-se, por vezes, para além do razoável. Com o crescimento e desenvolvimento da criança “ideal”, estas atitudes parentais conduzem a problemas na educação da mesma: os pais perdem o controlo por não conseguirem estabelecer regras e limites, e os filhos assumem esse controlo com sentimentos de onnipotência. Esta atitude de sobreprotecção é evidenciada de forma mais específica por Gisson e McMahan (2004) nas situações de prematuridade.

O aumento de ansiedade dos casais com esterilidade, nas fases iniciais de gravidez e a vivência da gestação caracterizada pelo constante medo de perder o bebé, da existência de gravidezes múltiplas, de prematuridade e de parto por cesariana, são também referidos por Plomp (2003) e Gameiro, Canavarro e Soares (2009), sendo que estas últimas autoras acrescentam que os casais vivem a gravidez de uma forma mais gratificante. O facto de terem vivenciado várias tentativas frustradas de obtenção de gravidez pode explicar este aumento do nível de ansiedade, que tende a desaparecer com a realização da primeira ecografia e principalmente com o som dos batimentos cardíacos do bebé. Esta autora realizou entrevistas a quatro casais com história de esterilidade prolongada e durante a transição para a parentalidade os casais expressam de forma particular sentimentos de gratidão/bênção, sentimentos de apreciação e de não tomar a parentalidade como garantida, sentimentos de completude, sentimentos de prontidão e sentimentos de vivência da parentalidade como uma experiência positiva e reconciliadora. Em suma, os resultados reflectem a transição para a parentalidade como uma experiência positiva, com o sofrimento causado pela esterilidade a ser colocado de lado, pelo menos até recomeçarem a pensar em ter mais filhos. De acordo com esta autora, estes casais, depois de fazerem o coping relativo aos factores agressores do processo de esterilidade podem dispor de recursos pessoais e relacionais consideráveis que os ajudam a efectuar a adaptação à parentalidade. Entre os quais, disponibilidade e disposição para as tarefas derivadas desta etapa, diminuição do nível de stress pessoal, uma vez que já não enfrentam o desgaste provocado por não conseguirem ter filhos, auto-estima reforçada, sentimento reforçado de união e aproximação do casal, gratidão e apreço sincero pelo filho conseguido e pela mudança que ser pai e mãe acarreta.

Nesta linha de resultados o estudo de Gameiro, Canavarro e Soares (2009), com quatro momentos de avaliação (24 S de gestação, 1, 4 e 12 meses após o parto) comparou a transição para a parentalidade entre casais que conceberam espontaneamente e casais que obtiveram a gravidez através do recurso a técnicas de reprodução medicamente assistidas. Concluíram que os casais que recorreram a técnicas de reprodução medicamente assistidas

realizaram um ajustamento adequado na transição para a parentalidade, que a qualidade da relação conjugal durante a gravidez e o pós-parto e que a qualidade dos cuidados parentais prestados e o stress parental apresentam níveis similares comparativamente aos casais que conceberam espontaneamente.

O período de transição para a parentalidade é particularmente exigente para todos os pais. No que diz respeito ao caso concreto dos pais que conceberam com recurso a técnicas de reprodução medicamente assistida, é importante que os profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, profissional de primeira linha no atendimento e na assistência destes casais, trabalhe as suas próprias crenças e mitos relativamente à transição para a parentalidade destes casais, uma vez que ideias erradas interferem directamente na qualidade e assertividade das intervenções. Procurar problemas em vez de focalizar os aspectos positivos, pode interferir na habilidade em trabalhar efectivamente com estes casais e pode mesmo causar dano, pelo que é vital diagnosticar com objectividade as verdadeiras dificuldades destes casais. É um desafio que pode ser superado.

## CONCLUSÕES

Os estudos encontrados parecem indicar que os casais com história de esterilidade conseguem realizar de forma adequada a transição para a parentalidade, no entanto a dúvida acerca da forma como estes pais cuidam e educam os seus filhos, continua por esclarecer, sendo uma vertente essencial para compreender os pais e intervir adequadamente na prestação de cuidados de enfermagem aos mesmos, pelo que se sugere a realização de mais estudos nesta área.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA SANTOS, Ana Teresa – *Esterilidade Ovocitária: Contribuição para o diagnóstico etiológico da ausência de fecundação in vitro e definição de uma nova classe de esterilidade*. Tese de doutoramento da Universidade de Coimbra, 2003.

BORLOT, Ana Maria Monteiro e TRINDADE, Zeidi Araújo – As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais do filho biológico. *Estudos de Psicologia*. Vol. 9, n.º 1 (2004), p. 63-70.

CAMARNEIRO, Ana Paula Forte et al. – Vivências da Infertilidade na mulher que quer ser mãe – Um estudo fenomenológico – *Revista Investigação em Enfermagem*. n.º 10 (2004) p. 58-67. Coimbra.

DORNELLES, Lia Mara Netto – *Tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida*. Tese de doutoramento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

FARIA, Conceição – Aspectos psicológicos da infertilidade. In CANAVARRO, Maria Cristina – *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2001. p. 189-209.

FRAGA, Avelino – Infertilidade masculina no próximo milénio: para que servirá o homem. *Mundo Médico*. Ano 1, n.º 4 (Maio/Junho, 1999), p. 32-36.

GISSON, Frances; McMAHAN, Catherine – *Parentalidade e desenvolvimento psicossocial da criança após o tratamento de infertilidade*, 2004.

GAMEIRO, Sofia; CANAVARRO, M. Cristina; SOARES Isabel – Ajustamento familiar e Padrões de Vinculação de Bebés Concebidos por Reprodução Medicamente Assistida. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. n.º 27 (2009), p. 25-87.

GONÇALVES, Maria José – Desafios da parentalidade face às novas tecnologias. *Revista portuguesa de psicanálise*. Vol. 28, n.º 2 (2008), p. 9-18.

Hjelmstedt, A. et al. – Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*. Vol. 5, n.º 81 (2004), p. 1254-1264.

LEAL, Isabel e PEREIRA, Ana Oliveira – Infertilidade – Algumas considerações sobre causas e consequências. In LEAL, Isabel – *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.

LEIBLUM, Sandra R. – *Infertility Psychological Issues and Counselling Strategies*. s.l.: John Wiley & Sons, 1997.

MOUTINHO, Sandra – *Tudo por um filho: viagem ao mundo da infertilidade em Portugal*. 1.ª ed. Lisboa: Dom Quixote, 2003.

PLOMP, Deborah Adele – *The transition to parenthood after infertility*. Dissertação de mestrado na University of British Columbia, 2003.

REPOSAKI, Leena – *Transition to parenthood after assisted reproductive treatment: follow up study of singleton pregnancies*. Dissertação académica na University of Helsinki, 2008.

# O ENFERMEIRO NA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS A PERCEÇÃO DO TOXICODEPENDENTE

Carvalho, M.\*  
Rodrigues-Ferreira, T.\*\*  
Borges, E.\*\*\*

---

\* Projecto “Rotas com Vida” – IPSS NorteVida, enfermeira; e-mail: martcarvalho@hotmail.com

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, professora coordenadora; e-mail: teresarodrigues@esenf.pt

\*\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, professora adjunta; e-mail: elizabete@esenf.pt

## RESUMO

O artigo incide sobre um estudo que teve como principal problemática o consumo de drogas como a heroína e a cocaína. Este fenómeno traduz-se numa preocupação de governos e da sociedade civil visto acarretar graves e nefastas consequências individuais e colectivas. Nos últimos tempos, fruto de uma evolução técnica e legislativa assistiu-se à diluição de posições extremadas e surgiu uma intervenção legal e mais adequada para aqueles consumidores que são incapazes de uma saída imediata do mundo das drogas. Esta intervenção com carácter humanista e pragmática é a redução de riscos e minimização de danos - RRMD. Este estudo pretendeu compreender a percepção da pessoa dependente de cocaína e/ou heroína sobre o papel do enfermeiro que desenvolve o seu trabalho na RRMD, tendo como objectivos: identificar a percepção do toxicodependente sobre os cuidados de enfermagem prestados na RRMD e identificar os cuidados de enfermagem mais valorizados pelo toxicodependente nesta área. O estudo é do tipo exploratório e descritivo e envolveu onze consumidores de cocaína e/ou heroína, seleccionados intencionalmente numa amostragem não probabilística. A técnica de recolha de informação foi a entrevista semi-estruturada e o tratamento de dados foi realizado através da análise de conteúdo. Dos resultados obtidos, os participantes perceberam no papel do enfermeiro, a dimensão técnica, ética, de substituição médica, ficando evidenciado a dimensão relacional, como um dos cuidados mais valorizados. Também perceberam de um modo positivo os enfermeiros que trabalham neste contexto de cuidar, no entanto tal não é evidenciado noutras estruturas de saúde. É evidente ao longo deste estudo a necessidade de uma maior individualização dos cuidados de enfermagem. Sugere-se que o enfermeiro faça uma (re)avaliação das suas crenças e valores, para que livre de preconceitos seja promotor de uma relação de ajuda, tornando o toxicodependente autor e actor do seu plano terapêutico.

**Palavras-chave:** enfermeiro; toxicodependente; redução de riscos e minimização de danos.

## INTRODUÇÃO

Foram os problemas suscitados pelos consumos de drogas, principalmente de heroína e cocaína, que originaram a emergência da redução de riscos e minimização de danos, como um novo, mas ainda, recente contexto de cuidar. A redução de riscos e minimização de danos focaliza-se no consumidor dependente, numa vertente pragmática e humanista, permitindo compreendê-lo numa perspectiva pluridisciplinar, enquanto ser biopsicossocial. Neste contexto de cuidar, a incapacidade momentânea ou a vontade de permanecer nos consumos são aceites como factos e os seus motivos importantes de compreender (Torres & Ribeiro, 2001). A comunidade internacional, nomeadamente o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - OEDT (2009) tem reconhecido a importância deste tipo de intervenção, sendo considerado prioritário nos 23 países membros, principalmente pela extrema importância do programa de troca de seringas e conseqüente prevenção de doenças infecciosas como a propagação do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Em Portugal, a redução de riscos e minimização de danos foi operacionalizada no Decreto-Lei n.º183/2001 de 21 de Junho, através de um conjunto de estruturas sócio-sanitárias nomeadamente Centros de Acolhimento (CA), Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes Sem Enquadramento Sócio-Familiar (GATSESF) e a criação de programas (programa de troca de seringas, programa de substituição opiáceo em baixo limiar de exigência), etc. Para viabilidade destas estruturas e

numa filosofia de trabalho mútuo, o enfermeiro integra a equipa multidisciplinar da redução de riscos e minimização de danos, de modo a dar respostas às necessidades em cuidados de saúde, promovendo a saúde individual e consequentemente, a saúde colectiva da população em geral (Seabra, 2005). Torna-se urgente a reflexão entre os enfermeiros de modo a que se possa praticar a enfermagem como uma arte na redução de riscos e minimização de danos. Deparamo-nos com a exigência de um profissional de enfermagem inserido num contexto de cuidar com características peculiares, onde várias vezes o utente é julgado ora doente, ora delinquente e outras vezes, acumulando os dois papéis, sem o estatuto de pessoa com direitos e deveres que lhe promovam a dignidade de Ser Humano. Tal como Agra (1998) nos diz, o poder sobre o fenómeno da droga, tão ambicionado, só se aproximará do saber, quando surgirem momentos de compreensão e explicação dos comportamentos toxicodependentes, procurando o actor social que cada consumidor é. Assim torna-se crucial ouvir o que esta pessoa tem a dizer sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem que lhe são prestados, tornando o toxicodependente autor e actor do seu plano terapêutico, em que é entendido como um participante com voz activa e não como apenas como uma figura associada a perigosidade, precariedade social e sanitária.

## METODOLOGIA

Tivemos como ponto de partida o seguinte problema de investigação: Qual a percepção da pessoa toxicodependente, utente de um CA, sobre o enfermeiro que desenvolve o seu trabalho na redução de riscos e minimização de danos? Definimos como objectivos do estudo: identificar a percepção do toxicodependente sobre os cuidados de enfermagem prestados na área da redução de riscos e minimização de danos e identificar os cuidados de enfermagem, mais valorizados pelo toxicodependente neste contexto do cuidar. Este trabalho de investigação qualitativo, segue uma orientação fenomenológica. É um estudo do tipo exploratório, porque parte de interrogações sobre o problema cuja resposta orienta o nosso estudo e descritivo pois descreve as opiniões dos intervenientes, permitindo a identificação de factores determinantes para a percepção que este tem do enfermeiro na área da redução de riscos e minimização de danos (Fortin, 2003; Polit & Hungler, 1995).

### *Participantes*

A amostra foi constituída por onze toxicodependentes, utentes de um CA, através de uma amostragem por conveniência e não probabilística. O tamanho da amostra obteve-se por saturação da informação. Os critérios definidos para inclusão na amostra foram: ser toxicodependente (consumidor de cocaína e/ou heroína) há mais de dez anos, ser utente de um CA, beneficiar de cuidados de enfermagem e aceitar participar no estudo. A idade média mínima foi de 33 anos e a máxima 54 anos. Quanto às habilitações literárias: seis dos participantes tinham uma escolaridade inferior ao 9.º ano e quatro participantes tinham o 3.º ciclo do ensino básico completo. Apenas um participante frequentou o ensino secundário. O baixo grau de escolaridade é notório nesta amostra. A nacionalidade era maioritariamente portuguesa, excepto em três participantes, que apresentavam nacionalidade moçambicana, francesa e espanhola. Relativamente ao estado civil, cinco participantes eram divorciados em igual proporção aos participantes solteiros. É de referir um participante viúvo. No que se refere à presença de filhos, sete participantes tinham um ou mais filhos e quatro participantes referiram não terem filhos. Relativamente à idade em que iniciaram o consumo de cocaína e/ou heroína, a idade mínima foi 12 anos e a máxima 22 anos,

sendo os 17 anos a idade média do primeiro contacto. Em nove casos o primeiro consumo foi fumado, tendo apenas em dois casos sido por via endovenosa. Todos os participantes passaram pelo consumo das duas drogas em simultâneo, num dado momento da sua vida. Para melhor compreender as repercussões a nível da saúde identificámos os participantes portadores de patologia infecciosa: cinco participantes eram portadores do vírus da hepatite C e cinco participantes eram portadores de hepatite C e do VIH. Apenas um participante não tinha patologia infecciosa diagnosticada.

### *Instrumentos*

O instrumento de colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada. Com o propósito de organizar o tempo e estruturar a sequência de questões a colocar aos participantes, elaboramos um guião orientador em que o conteúdo das questões obedece à finalidade do estudo e ao problema de investigação.

### *Procedimentos*

Após autorização para o estudo efectuámos um pré-teste. As entrevistas tiveram uma duração média de trinta a quarenta minutos e foram realizadas num dos gabinetes do CA, garantindo a privacidade e a comodidade dos participantes. Recorremos à ajuda de um audiogravador, foram dadas todas as garantias de confidencialidade do conteúdo e anonimato das fontes, sendo solicitado aos participantes a sua colaboração no estudo através do consentimento livre e esclarecido. Para a análise e apresentação dos dados desenvolvemos um sistema de codificação segundo a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### *Percepção do papel do enfermeiro*

Nesta categoria foram identificadas quatro subcategorias: técnica, relacional, ética e de substituição do papel do médico. A **dimensão técnica** do papel do enfermeiro integra todas as acções do domínio do saber fazer evidenciadas pelos participantes, nomeadamente a administração de medicamentos, supervisão de consultas e o tratamento de feridas.

“(…) dá metadona (….) tomo lá minha medicação (….)” [E<sub>7</sub>];“(…) a enfermeira avisa (….) orienta-me.” [E<sub>1</sub>];“(…) Faz curativos (….)” [E<sub>5</sub>]

Outra das subcategorias que emergiu dos relatos é a **dimensão relacional** integrando as seguintes unidades de registo: atenção positiva, comunicação verbal, ajuda e atributos.

“(…) Ele está sempre ali, disposto para um utente.” [E<sub>2</sub>];“(…) uma parte do seu papel tem a ver com (….) bom entendimento, de se falar, de transmitir a mensagem, de uma pessoa receber. Se tiver um problema vou falar com o enfermeiro (….)” [E<sub>8</sub>];“(…) ajuda muito o próximo (….)” [E<sub>10</sub>];

Estas unidades de registo fazem parte das competências que o enfermeiro deve possuir, essenciais na relação de ajuda e fundamentais para os cuidados de enfermagem humanizados e personalizados. Acerca do atributo, este remete-nos ao conjunto das competências pessoais e profissionais que é atribuído ao enfermeiro. Os atributos

pessoais podem ser evidenciados pela simpatia, boa disposição, ou por um carácter inespecífico de apreciação pessoal. Os atributos profissionais podem ser relatados como ser responsável, organizado ou por um aspecto abrangente que engloba o papel do enfermeiro.

“(...) são pessoas espectaculares (...)”;“(...) são impecáveis(...)” [E<sub>3</sub>];“(...) faz tudo de enfermagem (...)” [E<sub>9</sub>]

Outra dimensão inerente ao papel do enfermeiro é a **dimensão ética**, entendida num sentido amplo como uma preocupação por bem agir, enquanto defensor do utente.

“(...) aconselha muitas vezes o que é melhor para mim (...)” [E<sub>11</sub>];“(...) sempre a defenderem a pessoa (...)” [E<sub>3</sub>]

Catralho (2007) afirma que o toxicodependente evidencia um aparente desrespeito e desvalorização em relação aos perigos reais dos consumos. Assim, impõem-se objectivos como o educar para um consumo seguro - uma pedagogia do uso seguro da droga - visando manter a saúde que tem ou melhorá-la, minimizando os danos para si e os riscos para a sociedade, em geral. Esta dimensão vai ao encontro do ideal ético da enfermagem que é o cuidar do homem, tendo como finalidade protegê-lo, preservá-lo, respeitar a sua integridade e dignidade.

A última dimensão do papel do enfermeiro percebido pelo toxicodependente que emerge nas entrevistas é a **dimensão de substituição do papel do médico**.

“(...) não havendo médicos, é enfermagem que assume aqui o papel (...)” [E<sub>9</sub>]

### **Percepção da individualização dos cuidados de enfermagem**

Na continuidade da análise das entrevistas, identificámos a percepção da personalização dos cuidados prestados pelo enfermeiro neste contexto do cuidar. Maioritariamente os utentes deste CA percebem que os enfermeiros não individualizam os cuidados. Apenas, três dos participantes mencionaram a individualização dos cuidados de enfermagem prestados.

“(...) eu não acho que se trate todos iguais, porque nem somos todos iguais, não é? (...)” [E<sub>2</sub>]

Realça-se assim uma necessidade urgente de individualizar os cuidados de enfermagem neste contexto de cuidar. Indo ao encontro da perspectiva de autores como Oswald (1997); Bernardo (2001) cit. por Fernandes (2007), deve-se preparar os profissionais de modo a cuidar do toxicodependente não como pretexto para o seu desempenho profissional mas como a razão de ser do mesmo.

### **Percepção do toxicodependente sobre o domínio da problemática do consumo de cocaína e heroína pelos enfermeiros**

Neste contexto de estudo dez dos participantes percebem que o enfermeiro domina esta problemática.

“(...) Percebe (...) ele olha nos meus olhos e vê logo tudo, se consumi ou não(...)” [E<sub>3</sub>];“(...) senti que os profissionais me entenderam. Eles preocupam-se, sabem e tem uma ideia do nosso sofrimento como a ressaca mas também deve ser complicado para eles perceberem como é que uma pessoa já passou tão mal e volta (...)” [E<sub>6</sub>]

No entanto, a maioria dos participantes evidenciaram a não percepção desta problemática por parte dos enfermeiros de outras estruturas de saúde, sendo descritas atitudes discriminatórias.

“(...) nos hospitais, vêm-nos como drogados, somos menos merecedores de...como se diz..atenção..sei lá...cuidados..que os outros! Por isso acho que nem todos percebem (...)” [E7]

Assim apercebemo-nos que existe discrepância entre os enfermeiros que trabalham neste contexto do cuidar e aqueles que estabelecem contacto esporádico com estes utentes, existindo ainda dificuldades na compreensão do seu estilo de vida e das suas rotinas. Ritson (1999) denotou no seu estudo pontos de vista estigmatizantes dos profissionais de saúde em relação a utentes toxicodependentes, apontando três principais razões: eram percebidos como perigosos, imprevisíveis e de difícil aproximação, eram os culpados do seu estado de saúde e os profissionais de saúde não se sentiam seguros, nem capazes de ajudar estes utentes. No contexto de cuidar da redução de riscos e minimização de danos, uma atitude discriminatória não é aceitável pois na base dos princípios desta filosofia está uma aceitação incondicional e pragmática do utente toxicodependente.

### *Percepção do valor atribuído aos cuidados de enfermagem*

Os cuidados de enfermagem **mais valorizados** pelos participantes do estudo englobam a relação de ajuda, a supervisão, a administração de medicamentos e os atributos.

Há muito que a Enfermagem atribuiu uma importância fulcral à relação de ajuda, indo ao encontro da importância atribuída ao longo das entrevistas como o cuidado de enfermagem mais frequentemente valorizado.

“(...) o atendimento, a simpatia, a preocupação com o problema do utente (...) prestar atenção. Isto para mim é que é ser profissional (...)”;“(...) eu ser um sem-abrigo e o encaminhar-me para uma casa (...) é o ponto alto do trabalho de um enfermeiro (...) eu sozinho não sou capaz sequer dar um passo (...)” [E11];“(...) vejo que se tiver problemas de saúde, sinto que sou apoiado (...)” [E8]

Relativamente à supervisão, o participante deste estudo vê o enfermeiro como orientador, promovendo comportamentos promotores da saúde e de prevenção da doença.

“(...) Ser vigiado, controlado (...)” [E1]

A administração de medicamentos nomeadamente a administração de metadona, no programa de substituição em baixo limiar de exigência, monitorizado pelo enfermeiro ganha relevo, pela frequência nos relatos dos entrevistados, pois deste fármaco depende a ausência da síndrome de abstinência causado pela heroína.

Os atributos, tanto pessoais como profissionais, emergem na subcategoria dos cuidados mais valorizados pelos entrevistados:

“(...) desempenhar a função aplicando todas as qualidade que o ser humano tem (...)” [E11] “(...) é importante ele existir, estar ali. Tudo o que ele faz é importante.” [E7]

Por outro lado, ao longo das entrevistas identificam-se cuidados de enfermagem percebidos pelo toxicodependente como de **menor valor**, nomeadamente as regras e atributos pessoais.

“(...) cumprir horários, das tomas, de entrada (...)” [E9]; “(...) a arrogância dos profissionais de saúde (...) Petulância, faz isto e não quer saber o que eu penso (...)” [E11]

As regras e o conhecimento da existência do limite e do seu significado são necessários para um normal fun-

cionamento da instituição, tendo em atenção que a existência de regras e a imposição de limites nunca devem ser utilizadas como carácter punitivo ou apenas para beneficiar os membros da equipa interdisciplinar.

No entanto, o toxicodependente não tem uma interiorização da importância destas regras, podendo ser relacionado com as condições de falta de enquadramento sócio familiar em que viveu anteriormente, ou por outro lado, indo de encontro a Angel, Richard, & Valleur (2002) a uma rejeição à imposição de limites ao seu comportamento que leva à violação dos limites impostos.

## CONCLUSÕES

É possível concluir, que na percepção do toxicodependente o papel do enfermeiro neste contexto de cuidar adquire uma multidimensionalidade: técnica (administração de medicamentos, tratamento de feridas, supervisão de consultas); relacional (atenção positiva, comunicação verbal, ajuda, atributos profissionais e pessoais do enfermeiro), ética (defensor, procurando o melhor para o toxicodependente) e de substituição do médico na sua ausência. Quanto à valorização dos cuidados de enfermagem, os menos valorizados são as regras impostas pelos enfermeiros e certos atributos pessoais dos enfermeiros. Os cuidados de enfermagem mais valorizados são a administração de medicamentos (nomeadamente a metadona) e a supervisão, numa dimensão mais técnica. A relação de ajuda e os atributos pessoais e profissionais, numa dimensão mais relacional. Uma outra conclusão que ressalta dos relatos das experiências é a falta de individualização de cuidados de enfermagem bem como o estigma sentido por alguns participantes quando se deslocam a outras estruturas de saúde, não abrangidas pela redução de riscos e minimização de danos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRA, C. - *Entre droga e crime*. Lisboa : Editorial Notícias, 1998.

CATRALHO, N. R. - *Adaptação Psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes*. Lisboa: Dinalineo, 2007.

FERNANDES, I. M. - *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros*. Coimbra : Formasau, 2007.

FORTIN, M. - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 2003.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODPENDENCIA - *Relatório anual 2009: a evolução do fenómeno da droga na Europa* [Em linha]. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2009. [Consult. 24 Maio 2010]. URL: <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/Internacionais.aspx>

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS - *Decreto-Lei n.º183/2001 de 21 de Junho* [Em linha]. [Consult. 5 Jan 2010]. URL: [http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislacao%20Ficheiros/Reducao\\_de\\_Riscos\\_-\\_Danos/dl\\_183\\_2001.pdf](http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislacao%20Ficheiros/Reducao_de_Riscos_-_Danos/dl_183_2001.pdf)

POLIT, D.; HUNGLER, B. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto

Alegre: Artes Médicas, 1995.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5.ª ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

RITSON, R. - Alcohol, drugs and stigma. *International Journal of Clinical Practice* [Em linha]. Jul (1999). [Consult. 6 Jun 2010]. URL: [http://www.camh.net/education/Resources\\_communities\\_organizations/stigma\\_subabuse\\_litreview\\_senpres01.pdf](http://www.camh.net/education/Resources_communities_organizations/stigma_subabuse_litreview_senpres01.pdf)

SEABRA, P. - Cuidar num CAT: O trabalho desenvolvido por um enfermeiro, numa equipa de um programa de substituição opiácia. *Revista Toxicodependências*. Vol.11, n.º 2 (2005), p. 57-64.

TORRES, N.; RIBEIRO, J. - A “Pedra” e o “Charco” ou por detrás do Narco-Íris. In TORRES, N.; RIBEIRO, J. - *A Pedra e o Charco sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas*. Almada : Íman Edições, 2001. p. 23-42.

# CRESCER COM FIBROSE QUÍSTICA QUE QUALIDADE DE VIDA

Reisinho, M. C. \*

França, A. P.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, professor – adjunto; e-mail: creisinho@esenf.pt

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, professor – coordenador; e-mail: apfranca@esenf.pt

## RESUMO

*Mucoviscidose, Fibrose Quística do Pâncreas, Fibrose Cística* são várias designações para a mesma doença autossómica recessiva, cujo defeito genético está associado a uma mutação no cromossoma 7, que codifica a proteína dos canais de cloro.

O objectivo deste artigo é mostrar os resultados de uma pesquisa bibliográfica em bases de dados referenciais às ciências da saúde relacionadas (CINAHL e Medline), tendo como termos de busca: fibrose quística, criança, adolescente e qualidade de vida.

A fibrose quística é uma doença crónica que possui uma taxa de sobrevivência actualmente situada nos 25-30 anos de idade ao contrário do que acontecia nas últimas décadas, pelo que há um desconhecimento sobre a percepção da qualidade de vida nesta população. É necessário conhecer o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar e como acompanha o crescimento dos doentes com fibrose quística.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Criança; Adolescente; Fibrose Quística

## ABSTRACT

Cystic Fibrosis of the Pancreas or simply Cystic Fibrosis (CF) is an autosomal recessive genetic disease which is a result of a mutation in the chromosome 7 responsible to encode the protein of chloride channels.

The purpose of this study is to accomplish a bibliographic research using renowned scientific databases (CINAHL e Medline) using the following terms: cystic fibrosis, child, adolescents and quality of life.

We intend to study CF due to its chronic nature, with a life expectancy of 25-30 years old in contrast to what happened in the past decades, so there is a lack of knowledge about the perception of quality of life in this population.

It is necessary to know the nurse's role in multidisciplinary team.

**Keywords:** Quality of Life; Children; Adolescent; Cystic Fibrosis

*“A relevância de questões relacionadas à qualidade de vida é indiscutível e deverá estar incluída em estudos que busquem respostas para a melhoria da assistência aos pacientes com fibrose cística.”* Fogaça (2009)

## INTRODUÇÃO

Crescer com fibrose quística: que qualidade de vida, é o título do trabalho que nos propomos efectuar, cujo objectivo é apresentar os resultados de uma pesquisa bibliográfica assente em bases de dados (ELSEVIER, EBSCO Host, B-On). Para isso foram utilizados como termos de busca: fibrose quística, criança, adolescente e qualidade de vida.

A escolha do tema teve em consideração o facto de ser uma doença crónica com especificidades, e também porque gostaríamos de saber que estudos tinham sido efectuados na área da qualidade de vida destas crianças

e adolescentes. Se a esperança de vida aumentou dos 15-18 anos para os 25-30 anos, desde há duas décadas, é porque existem condições favoráveis a esse aumento. Mas para se afirmar que algo aumentou é porque já foi medido anteriormente, daí a pesquisa por nós efectuada.

Descrever sumariamente a patologia é essencial para se identificarem os focos de atenção dos enfermeiros.

A fibrose quística é causada por uma mutação do cromossoma 7, mais precisamente no gene que produz a proteína CFTR (*cystic fibrosis transmembrane conductance regulator*), proteína que vai regular a passagem de cloro e de sódio pelas membranas celulares.

A nível do aparelho respiratório os doentes apresentam grandes quantidades de secreções espessas obstruindo assim os brônquios. Devido à estase das secreções, frequentemente estes doentes apresentam infecções pulmonares, sendo o *Staphylococcus aureus* e a *Pseudomonas aeruginosa* os microrganismos infecciosos habituais. A nível do aparelho digestivo os canais pancreáticos estão obstruídos pelo que as enzimas pancreáticas estão impedidas de chegar ao duodeno e assim subsiste má absorção e má digestão dos alimentos. Apresentam também problemas a nível intestinal e hepático.

O suor contém uma maior concentração de sódio e cloro.

Geralmente as crianças com esta patologia apresentam baixo peso e baixa estatura. Têm também problemas nutricionais, pelo que necessitam de permanente acompanhamento familiar assim como uma dieta equilibrada e enzimas de substituição. A fibrose quística é uma doença autossómica recessiva que afecta as glândulas exócrinas provocando um aumento da viscosidade das secreções. Este aumento pode provocar obstrução dos ductos e assim fomentar a cronicidade das lesões (Hodson, 2007).

O tratamento da fibrose quística direcciona-se para o controlo dos sintomas. Historicamente, o primeiro relato desta patologia foi efectuada em 1595 após uma autópsia de uma criança com 11 anos, e já nessa altura as pessoas referiam algumas manifestações clínicas que profetizam a curta esperança de vida associada a esta patologia: “*the child will soon die whose brow tastes salty when kissed.*”, “*if it tastes salty when someone is kissed on the brow then this person is hexed (bewitched)*” (Hodson, 2007, pag 4).

Os primeiros registos são atribuídos a Dorothy Anderson, patologista em Nova Iorque, em 1938 e a partir dessa época tem havido um aumento considerável de descobertas nesse campo (Hodson, 2007).

O aumento da investigação, assim como a criação de centros específicos de tratamento da fibrose quística, contribuíram para o aumento da esperança de vida já referido anteriormente, mas associar o aumento do número de anos de vida a qualidade de vida, só é possível através de estudos que quantifiquem e avaliem o impacto destes aspectos no dia-a-dia dos doentes.

## ANÁLISE DOS DADOS

A OMS definiu qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, citado por Neto, Ludwig, pág. 620).

O conceito de qualidade de vida está muito associado à percepção individual pelo que pedir aos doentes e seus familiares definições de qualidade de vida implica compreender várias significações.

A necessidade de tornar mensurável a qualidade de vida foi colmatada pela construção de questionários. Existem instrumentos de avaliação de qualidade de vida que foram utilizados e adaptados a várias faixas etárias. Para além de instrumentos genéricos (Quality of Well Being, Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile, Self Administered Dependency Questionnaire, Functional Status, SF36) foram construídos outros específicos para as patologias crónicas, como é o caso da FQ, medindo mais directamente o seu impacto físico, emocional e social (Rozov, 2006).

É o caso do Cystic Fibrosis Questionnaire – Revised, da autoria de Alexandra L. Quittner da Universidade de Miami. Este questionário tem 4 versões (crianças dos 6 aos 11 anos, dos 12 aos 13 anos, com idade superior a 14 anos e para os encarregados de educação de crianças dos 6 aos 13 anos) e abrange nove domínios de qualidade de vida, três escalas de sintomas e um item relacionado com a percepção de saúde (funcionamento físico, papel social, vitalidade, função emocional, função social/escolar, imagem corporal, distúrbios alimentares, carga dos tratamentos, percepção da saúde, sintomas digestivos, sintomas respiratórios, peso). Este questionário já foi validado em diversos países para diferentes populações: Alemanha, Dinamarca, Estados Unidos, Brasil.

Mas qual a importância de avaliar a qualidade de vida destas crianças com esta patologia? Segundo Janice Abbott (1997) existem três razões para se proceder a essa avaliação. A primeira refere-se à forma de descrever os resultados obtidos sob o ponto de vista dos doentes e seus familiares e não pela óptica dos profissionais de saúde. Para além disso também complementa outros dados da clínica, como por exemplo o índice de massa corporal e a FEV (forced expiratory volume). A terceira razão prende-se com o facto de ser uma excelente forma de determinar o impacto mais subjectivo dos tratamentos.

Segundo Fogaça (2009) a qualidade de vida dos doentes com fibrose quística está comprometida devido a:

- “-uso contínuo de medicação;
- frequentes hospitalizações;
- dificuldades nas actividades diárias;
- transformações e interferência no âmbito da família;
- dificuldade de integração social;
- adequação das escolas às suas necessidades;
- adequação da dieta às necessidades nutricionais;
- interferência na qualidade do sono” (Neto, 2009, pag 622)

Os resultados obtidos no estudo de Staab (1998), com adolescentes com fibrose quística, relacionam o impacto da gravidade da doença e as horas de tratamento diário com a percepção subjectiva da saúde, explicando assim a modificação da qualidade de vida. Para os pais destas crianças a mudança da percepção da qualidade de vida está relacionada com as formas de *coping* adoptadas. De uma forma geral estes resultados explicam o importante

papel dos factores cognitivos e comportamentais, especificamente na percepção subjectiva da saúde, e ainda a função dos mecanismos de *coping* na adaptação à doença crónica.

Face à subjectividade do conceito de qualidade de vida e da sua percepção pelos doentes com fibrose quística, Bredemeier (2007) questionou-se sobre a sua avaliação nomeadamente sobre a adequação dos instrumentos de medida da qualidade de vida. Para isso efectuou um estudo tendo em vista a exploração conceptual de qualidade de vida tendo para isso entrevistado 11 doentes. Após a análise qualitativa dos dados, orientada por uma abordagem da *grounded theory* chegou à conclusão que: “nenhuma escala atualmente disponível abrange todos os aspectos valorados pelos pacientes, o que aponta para a importância de questões idiossincráticas e culturais para a qualidade de vida na fibrose cística. O esclarecimento da relação entre saúde e qualidade de vida ainda depende de pesquisas futuras.” (Bredemeier, 2007).

Um outro estudo conclui que é idêntico o impacto da sintomatologia (nomeadamente as exacerbações pulmonares) e das condições de vida social na qualidade de vida dos pacientes com fibrose quística (Goldbeck, 2006).

Foram encontrados vários estudos que abordam aspectos relacionados com alguns dos diversos domínios da qualidade de vida. Assim, Abbott (2003) comparou o efeito da terapêutica farmacológica administrada em ambulatório ou em situação de internamento. Para além de confirmar um efeito mais eficaz da administração em ambulatório, chegou à conclusão que a qualidade de vida influencia os resultados obtidos nos ensaios clínicos. Neste contexto, os doentes com fibrose quística necessitam, não só de acompanhamento medicamentoso, como também de apoio familiar que será tanto mais eficaz, quanto maior acompanhamento tiver todo o núcleo familiar.

Constituir uma equipa multidisciplinar (médico, enfermeira, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, professor) é, assim, extremamente importante, para este acompanhamento devendo ser prioritária a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, a todas as pessoas envolvidas no tratamento destas.

Furtado e Lima (2003) no seu estudo: “O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica” salientam como implicações para a enfermagem: “constituições de modelos assistenciais que tenham a família como foco de atenção, considerando meio ambiente, estilo de vida e promoção à saúde como seus fundamentos básicos.”

Como é o dia-a-dia do enfermeiro que cuida crianças e adolescentes com fibrose quística?

Joan Tabak é *enfermeira coordenadora da fibrose quística* em Edmonton, Canadá e publicou um depoimento sobre o seu dia-a-dia no site [www.cfww.org](http://www.cfww.org) “... os meus dias começam com uma chamada telefónica à medida que dispo o casaco. Uma mãe cujo filho foi trazido para as urgências está preocupada... primeiro vou à pediatria... incentivo-o a tomar o pequeno-almoço. Depois um médico interpela-me no corredor para perguntar se eu posso falar com uma família sobre a FQ? ...”

## CONCLUSÃO

Ao ler este depoimento a questão coloca-se relativamente a Portugal. Como é constituída a equipe de saúde e qual o papel do enfermeiro no seio dessa equipa? Como é que o enfermeiro acompanha o crescimento dos doentes com fibrose quística e até que ponto foca as suas intervenções na melhoria da sua qualidade de vida?

Não existem estudos em Portugal que nos elucidem sobre estes aspectos. Parece-nos importante avaliar a QV destas crianças e adolescentes na medida em que estes dados poderão contribuir para uma concepção e prática dos cuidados de enfermagem que respondam às expectativas dos doentes duma forma mais adequada às suas reais necessidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOTT, Janice; GEE, Louise - Quality of life in children and adolescents with cystic fibrosis: implications for optimizing treatments and clinical trial design. *Pediatric Drugs*. Vol. 5, n.º 1 (2003), p. 41-56.

ABBOTT, J; WEBB, K; DODD, M. - Quality of life in cystic fibrosis. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Vol. 90 (Suppl. 31) (1997), p. 37-42.

BREDEMEIER, J; GOMES, WB – Percepção de qualidade de vida de pessoas com fibrose cística: um estudo sobre a adequação dos instrumentos de medida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Vol. 29, n.º 1 (2007), p. 35-43.

FEDERACIÓN ESPAÑOLA CONTRA LA FIBROSIS QUISTICA - *Libro Blanco de Atención a la fibrosis quística* – Realización: Galenas (*on line*).

FURTADO, MCC; LIMA, RAG. O cotidiano da família com portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol. 11, n.º 1 (2003), p. 66-73.

GOLDBECK, L; ZERRER, S; SCHMITZ, TG - Monitoring quality of life in outpatients with cystic fibrosis: feasibility and longitudinal results. *Journal of Cystic Fibrosis*. Vol. 6 (2007), p. 171-178.

HODSON, Margaret; GEDDES, Duncan; BUSH, Andrew – *Cystic fibrosis*. 3th ed. London: Hodder Arnold, 2007.

NETO, Ludwig, ed. Lit. - *Fibrose cística - enfoque multidisciplinar*. Santa Catarina: IOESC, 2009.

OMS - *Orientações para o diagnóstico e acompanhamento da fibrose quística*. Lisboa: OMS, 1996.

PIZZIGNACCO, TMP; LIMA, RAP - O processo de socialização de crianças e adolescentes com fibrose cística: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol. 14, n.º 4 (2006), p. 569-577.

QUITTNER, Alexandra L. [et al.] – Development and Validation of the Cystic Fibrosis Questionnaire in the

United States: A Health-related Quality-of-life measure for cystic fibrosis. *Chest*. Vol. 128 (2005), p. 2347-2354.

ROSOV, T [et al.] - Linguistic validation of cystic fibrosis quality of life questionnaires. *Journal of Pediatrics*. Vol. 82, n.º 2 (2006), p. 151-156.

SEIDL, EMF; ZANNON, CM - Qualidade de vida e saúde: aspectos conceptuais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 20, n.º 2 (2004), p. 580-588.

STAAB, D. [et al.] - Quality of life in patients with cystic fibrosis and their parents: what is important besides disease severity? *Thorax*. Vol. 53 (1998), p. 727-731.

TRINDADE, EM; NOVAES, MRG; CARNEIRO, DDG - Criança portadora de fibrose cística e os benefícios da terapia familiar: estudo de caso. *Comunicação em Ciências da Saúde*. Vol. 17, n.º 4 (2006), p. 315-322.

## QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES COM DOENÇAS DO LISOSSOMA

Fernandes, S. R. P.\*

Ramos, L. M. S.\*\*

Lopes, J. A. M.\*\*

---

\* Hospital São João, E.P.E., Enfermeira; Doutoranda no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto; e-mail: jacaciopr@gmail.com

\*\* Hospital São João, E.P.E., Enfermeiros.

## RESUMO

As manifestações clínicas das Mucopolissacaridoses são multissistémicas progressivas e variáveis, com o início da terapêutica de substituição enzimática (TSE) abrem-se novas perspectivas a estes doentes.

O objectivo desta pesquisa é caracterizar a avaliação subjectiva de adolescentes portadores de MPSs, a efectuar TSE semanalmente, relativamente à evolução verificada nos diversos domínios, desde o início do tratamento. Através de um estudo descritivo transversal, com uma amostra de 6 adolescentes portadores de MPSs, utilizando entrevistas com questões fechadas e semi-abertas.

Os portadores de MPSs têm alterações multissistémicas e por isso exigem um trabalho interdisciplinar. Com a reposição enzimática aliada a outras vertentes terapêuticas, consegue-se a recuperação de capacidades, maior autonomia em actividades quotidianas, incremento na auto-estima e a aquisição de sentimentos como segurança e esperança. Assim, apostar em doentes com MPSs, permite aumentar a qualidade de vida, possibilidade de perspectivar o futuro e encontrar o seu sorriso.

**Palavras-Chave:** Qualidade de Vida; Substituição Enzimática; Mucopolissacaridoses

## ABSTRACT

The clinical manifestations of mucopolysaccharidosis are multi systemic gradual and variable; the beginning of enzyme replacement therapy (ERT) opens new perspectives to these patients.

The is characterize the subjective evaluation of adolescent's carriers of MPSs, to realize ERT weekly, relatively to the evolution verified in the diverse areas, since the beginning. This is a transversal descriptive study, with six adolescents carriers of MPSs, with interviews were made with closed and half-open questions.

The patients have multi systemic alterations and therefore require an interdisciplinary work. With the ERT combined with other therapies, acquires the lost capabilities, achieving greater autonomy in everyday activities also shows an increase in self-esteem and feelings of acquisition such as safety and hope. So supporting patients with MPSs can enhance the quality of life, ability to view the future and find their smile.

**Keywords:** Quality of Life; Enzyme Replacement; Mucopolysaccharidosis

## INTRODUÇÃO

As Mucopolissacaridoses (MPSs) são doenças metabólicas hereditárias que pertencem ao grupo das doenças de sobrecarga lisossomal. São devidas à deficiente actividade de uma das hidrolases lisossomais.

Na MPS II a enzima deficiente ou em falta é a Iduronato-2-sulfatase e na MPS VI é a N-acetilgalactosamina 4-sulfatase; a actividade insuficiente de enzima leva ao acumulo de glicosaminoglicanos (GAGs), conduzindo à

disfunção celular e a efeitos patológicos nos tecidos e órgãos, com manifestações clínicas multissistémicas, progressivas e variáveis, com o início da terapêutica de substituição enzimática (TSE) abrem-se novas perspectivas a estes doentes.

Esta pesquisa tem como objectivo caracterizar a avaliação subjectiva de adolescentes portadores de MPSs, a efectuar TSE semanalmente, relativamente à evolução verificada nos diversos domínios, desde o início do tratamento.

## METODOLOGIA

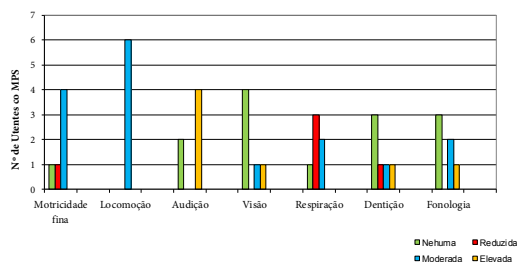
Foi efectuado um estudo descritivo transversal, com uma amostra de 6 adolescentes portadores de MPS, que realizam tratamento semanalmente: dos 6 adolescentes, 4 (MPS VI), com idades de 13, 14, 15 e 18 anos, iniciaram terapia em Setembro de 2003; e dois (MPS II) com idades de 11 e 17 anos, em Maio de 2007.

Assim, foram realizadas entrevistas com questões fechadas e semi-abertas, com tratamento de afirmações redigidas pelos adolescentes sobre o que lhes sugere o tratamento e distribuição esquemática em gráficos de barras dos dados, com posterior análise.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Da população referida os adolescentes com MPS VI apresentam grave envolvimento multissistémico, com ligeiro atraso intelectual. Destes 4, 2 têm traqueotomia, um utiliza BIPAP nocturno, dois são invisuais e dois frequentam e acompanham a escola. Os doentes com MPS II, também apresentam ligeiro atraso intelectual, grave envolvimento multissistémico e utilizam apoio ventilatório no sono (BIPAP) e ambos também acompanham escola.

Gráfico 1: Alterações vividas na substituição enzimática das MPS



Apesar do diferente tempo de evolução de terapia nos dois grupos, todos os adolescentes entrevistados referem uma evolução moderada na locomoção, verbalizando que conseguem deambular e permanecer de pé durante mais tempo. Quanto à motricidade fina 66% responderam observar mudanças moderadas, conseguindo abrir portas de automóveis, de frigoríficos e manipular objectos pequenos, que antes

não conseguiam. A audição foi percebida com progressos elevados na ordem dos 66%.

Dos entrevistados, 66% mencionam melhoras na auto-estima, com referência à imagem corporal: “*mais direitinho*” TP; “*pele e cabelo mais fino*” SC; “*mãos menos grossas*” IJ. Também surgem sentimentos como segurança em 50% dos inquiridos e esperança em 66% dos adolescentes.

## CONCLUSÕES

Os portadores de MPSs têm alterações multissistêmicas e por isso exigem um trabalho interdisciplinar. Com a reposição enzimática aliada a outras vertentes terapêuticas, inclusive intervenções de enfermagem, consegue-se a recuperação de capacidades (locomoção, motricidade fina, audição, etc.) adquirindo uma maior autonomia em atividades cotidianas, também se denota um incremento na auto-estima e a aquisição de sentimentos como segurança e esperança.

Assim, apostar em doentes com MPSs, permite aumentar a qualidade de vida, possibilidade de perspectivar o futuro e encontrar o seu sorriso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DANTAS, M. M. C. [et al] - *Atendimento Psicológico a Crianças Portadoras de Mucopolissacaridose e seus Acompanhantes*. 11º Congresso Virtual de Psiquiatria - Interpsiquis 2010, 2010. [Consultado a 6 de Dez. 2010] URL: <http://hdl.handle.net/10401/955>

LITTLE, C; GOULD, R.; HENDRIKSZ; C. - The management of children with Hunter syndrome - a case study. *British Journal of Nursing*, Vol.18, n.º5 (2009), p. 321-322.

MARTINS, A, N. et al - *Mucopolissacaridoses – Manual de Orientações*. UNIFESP e GENZYME Brasil, 2002. [Consult. 2 Dez. 2010] URL: <http://www.unifesp.br/centros/creim/downloads/gz-mps-apostila-2003.pdf>

MIZUNO, C. A. [et al] - Aspectos Clínicos da Mucopolissacaridose Tipo VI. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. Vol. 9, n.º 4 (2010), p. 356-361.

PINTO, L. et al - Avaliação Prospectiva de 11 Pacientes Brasileiros com Mucopolissacaridose II, *Jornal de Pediatria*. Vol.82, n.º4 (2006), p. 273-278.

OLIVEIRA, F. L. – *Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Doença de Gaucher, Doença de Fabry e Mucopolissacaridoses*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010 (Curso de Pós Graduação em Medicina: Ciências Médicas).

VELLODI, A., [et al] - *Guidelines for the Investigation and Management of Mucopolysaccharidosis Type II*, Department of Health, 2007. [Consult. 2 Dez. 2010]. URL: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_073341](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073341)

## A PESSOA IDOSA E OS SEUS MEDOS

Almeida, M.L.\*

Azeredo, Z.\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professora Coordenadora; e-mail: mlurdes@esenfc.pt

\*\* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Professora Auxiliar.

## RESUMO

Este estudo tem como objectivo: Identificar os medos mais frequentes nas pessoas idosas. A entrevista semi-estruturada foi o método principal de colheita de informação. Para a análise, recorremos ao software Nvivo8. Participaram no estudo 49 idosos, com idade igual ou superior a 75 anos, a viverem em suas casas ou a coabitarem com os filhos. Neste estudo, após a análise da informação colhida, identificamos o medo da dependência, da institucionalização e da proximidade da morte. O medo da dependência está ligado ao envelhecimento do corpo e à possibilidade de ficar acamado, à solidão e surge da soma de perdas e de medos que vão desde alterações da mobilidade até à perda de lucidez e do receio de vir a ser um peso para os outros. Muitos idosos manifestaram o medo da Institucionalização. Os discursos sobre esta temática evidenciam o facto do idoso ir viver para o lar não ser do seu agrado mas, faces às indisponibilidades dos filhos e á grande probabilidade de deixar de ter condições de continuar a viver na sua própria casa, aceita-a como alternativa, apesar de desejar outro tipo de solução. À medida que envelhece a morte está cada vez mais presente na vida da pessoa, perdem-se os pais, os irmãos, os amigos, o cônjuge e as forças declinam. Um dos pensamentos mais frequentes que se reflecte na própria morte associa-se a um processo de morrer para não viver uma grave dependência que exija cuidados e possa ser um fardo para a família e o medo de morrer só.

**Palavras-chave:** idoso; medo; dependência; institucionalização

## ABSTRACT

This study aimed to identify older people's most common fears. Semi-structured interviews were used as the main data collection method. Data were analysed using Nvivo 8. The sample was composed of 49 adults aged 75 and older, living in their own homes or with their children. After data collection, the following fears were identified: fear of dependence, institutionalization and proximity of death. The fear of dependence is related to body aging, possibility of bed confinement and loneliness, and it results from a sequence of losses and fears that range from changes in mobility to loss of clarity and fear of becoming a burden to others.

Many older people report a fear of institutionalization. Studies on this issue show that although older people do not appreciate going to a nursing home and would like to have another solution, because of their children's unavailability and the high probability of no longer being able to live in their homes, they accept it as an alternative. As they grow older, death becomes more and more a part of life; they lose parents, siblings, friends and spouses, and their strength declines. One of the most common thoughts related to death itself is associated with a process of dying not to experience a severe dependence that requires more care or to become a burden to their families, as well as with the fear of dying alone.

**Keywords:** older person; fear; dependence; institutionalization

## INTRODUÇÃO

Os idosos estão genericamente cada vez mais preocupados com o envelhecimento, com os seus danos e consequentemente com as repercussões negativas na sua vida, como a perda de competências intelectuais e capacidades físicas em geral, que podem levar à dependência e à institucionalização. Falar sobre os medos leva os idosos a reconhecer que não são os únicos a tê-los e a compreender que há formas de lidar com esses medos. O medo pode ser definido como ansiedade subjectiva, como o sentimento de inquietação perante a ideia de um perigo real ou aparente (Lima, 2004).

Definimos como objectivo principal do estudo identificar os medos da pessoa idosa que vive no domicílio ou coabita com familiares.

## METODOLOGIA

Realizámos um estudo de abordagem qualitativa, numa perspectiva fenomenográfica. A entrevista semi-estruturada (E) e o *focus group* (Fg) foram as técnicas de colheita de informação utilizadas. Após transcrição das entrevistas, a informação foi inserida no programa informático de análise qualitativa NUDIST (Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing), denominado NVivo8, à qual se seguiu a codificação dos dados. Utilizámos a amostragem teórica para definição da amostra e a triangulação para legitimar os resultados e confirmar a validade dos processos.

A escolha dos participantes obedeceu aos critérios: ter mais de 75 anos, sem défice cognitivo (avaliado pelo MMSE de Folstein) e manifestar intenção em colaborar no estudo (consentimento informado). Participaram no estudo 49 idosos, utentes de três Centro de Dia de Apoio ao Idoso da Cidade de Coimbra.

Das características sócio demográficas da amostra destacamos: 28 participantes do género feminino (77,55%) e 11 (22,45%) do género masculino, com idades entre 75 e 94 anos; predominam os viúvos (71,43%) seguidos dos casados (12,25%); 86% dos idosos possuem a instrução primária, 18,37% que não sabem ler nem escrever e 16,33% sabem ler e escrever mas não frequentaram ou não concluíram a instrução primária.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo, após a análise da informação colhida, identificamos os medos da dependência, da institucionalização e da proximidade da morte.

O **medo da dependência** está ligado ao envelhecimento do corpo, à possibilidade de ficar acamado, não ter quem o cuide e à solidão. Os excertos das entrevistas que a seguir apresentamos pretendem ilustrar esta dupla perspectiva expressa pelos idosos:

*Eu tenho medo da dependência. É da dependência, sim. Quem vai tratar de mim, tomar conta de mim e fazer as coisas que eu não posso? [Fg2]*

*Eu só tenho medo de mim, é o seguinte, é eu ir envelhecendo, mais do que já estou, e ter de ficar numa cama acamada, o medo que eu tenho é esse [E19].*

A dependência, na velhice, é resultado de mudanças ocorridas ao longo do curso de vida e compreende as mudanças biológicas e as transformações exigidas pelo meio social. Baltes e Silverberg (1995) discriminam a dependência em três níveis: a dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao homem em função do que e enquanto produz; a dependência física que decorre da incapacidade funcional, ou seja, falta de condições para realizar as tarefas da vida diária e a dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das acções de outrem. Este último nível refere-se à circunstância em que uma pessoa é considerada incompetente para realizar as suas tarefas.

A dependência das pessoas idosas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais, em que a pessoa por razões ligadas à “perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidade de uma ajuda importante, a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades de vida diária” (Amaral; Vicente, 2001, p.21).

Os discursos sobre o **medo da institucionalização** evidenciam o facto do idoso ir viver para o lar não ser do seu agrado mas que aceitam como alternativa, dada a indisponibilidade dos filhos para cuidar dos pais. Ser cuidado por um familiar pode ser encarado como uma retribuição ao carinho e cuidado que estes idosos ofereceram ao longo das suas vidas, um caminho natural de uma sociedade acostumada a cuidar dos pais na velhice. Mas face às alterações que se verificaram na sociedade actual a institucionalização é uma alternativa para quem, apesar de desejar outro tipo de solução, deixa de ter condições de continuar a viver na sua própria casa, como explica uma idosa:

*Tenho três filhos, mas todos eles têm a sua vida. E eu penso “Então, eu vou para um lar”, mas custa-me deixar o meu cantinho. Eu não lhes posso prejudicar a vida, eles têm a vida deles. (...) [Fg 3].*

Os lares representam, para os idosos, uma garantia de apoio quando a rede de interacção não tem capacidade para tal (Pimentel, 2001), principalmente quando os filhos, pilares de apoio, vivem constrangimentos profissionais e ainda têm grandes responsabilidades de criar e educar os descendentes. Assim, a existência de Lares é considerada como uma vantagem quando o idoso analisa o estilo de vida actual e as obrigações dos filhos: ...*A minha filha tem outras obrigações com os filhos?*... [E13].

O Lar é encarado, por alguns idosos, como um local que pode dar dignidade e bem-estar à pessoa quando ela não tem condições para ser independente. Manifestam a vontade em permanecer em suas casas, pelo menos, enquanto mantiveram as capacidades físicas e mentais para desenvolver as actividades de vida diária. O desejo de ficar em casa é uma forma de se manterem no local familiar e com os seus hábitos de vida, num o território privado, que resulta da necessidade individual de espaço territorial (Kihlgren, Thorsén, 1996; 1998). A propósito do idoso permanecer em sua casa, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) indicam os critérios a ter em conta para a tomada de decisão: estabilidade clínica, apoio de um cuidador competente, ambiente físico adaptado às

necessidades do idoso e cuidadores, acesso aos serviços profissionais e adequado suporte financeiro.

A **proximidade da morte** é um medo que os idosos participantes no estudo expressaram agravado pelas perdas que a acompanham (perda do corpo, da capacidade de cuidar dos que estão sob a sua dependência, da oportunidade de completar os projectos e planos, etc.), preocupação pela falta de controlo da própria vida que acarreta o processo de morrer e isolamento social, decorrente de uma possível institucionalização.

A percepção de que se tem um papel, mais ou menos relevante, a desempenhar junto dos outros pode constituir-se como um objectivo de vida e ter porque viver e para quem viver são condições necessárias ao bem-estar. Nos casais a preocupação é com o cônjuge e que se acentua quando o contacto com os filhos é caracterizado por um envolvimento superficial e visitas esporádicas como foi explicitado por um idoso:

*Só tenho medo de morrer, de a minha mulher ficar Se eu morrer, com quem fica a minha mulher? Tenho medo que a mulher fique sozinha. Porque tenho medo que os meus filhos não contribuam, pouco se têm interessado e visitas raramente, e vivemos todos aqui (Coimbra) ... É só isso que me mete medo a mim. De resto... Tenho de morrer [E1].*

À medida que se envelhece a morte vai estar cada vez mais presente na vida da pessoa. É inevitável que isso aconteça, perdem-se os pais, os irmãos, os amigos, o cônjuge. Um dos pensamentos mais frequentes que se reflecte na própria morte associa-se a um processo de morrer para não viver uma grave dependência que exija cuidados e possa ser um fardo para a família e o medo de morrer só :

*Até que eu seja válida, que me deixe cá andar! Até que eu possa ser válida, ajudar, que me deixe cá andar! Depois, que me leve, pois só... só estou a servir de empecilho [E2].*

Vários idosos referem que não receiam a morte, enquanto acontecimento, mas que temem o sofrimento que a antecede e/ou a anuncia e prepara. O não ter medo da morte pode ser uma posição sustentada racionalmente, visando a evitação do contacto mais profundo com as emoções a ela relacionadas (Araújo et al, 2009), ou ainda, a perspectiva de continuidade de uma vida melhor após a morte.

## CONCLUSÕES

Neste estudo e para esta amostra existem medos permanentes (a dependência e a proximidade da morte) e medos contextuais (institucionalização). Não se pode afirmar que estes medos são resultado do “envelhecer” propriamente dito, mas são consequência de suas experiências de vida e das influências socioculturais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, M. F.; VICENTE, M. O. - Grau de dependência nos idosos. *Nursing*. Vol. 13, n.º 158 (2001), p. 8-14.
- ARAÚJO, L.; HELMER D.; GOMES L.; FUKUDA; C.; FREITAS M. - Medo à morte e ao morrer em idosas institucionalizadas e não-institucionalizadas. *Acta Scientiarum Human and Social Sciences*. Vol. 31, n.º 2 (2009), p. 213-218.
- BALTES, M.; SILVERBERG, S. - A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In A. L. Néri (org.) *Psicologia do Envelhecimento*, Campinas: Papirus, p. 73-110, 1995.
- KIHLGREN M, THORSÉN H - Violation of the patient's integrity, seen by staff in long-term care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 10, n.º 2 (1996), p.103-107.
- KIHLGREN M, THORSÉN H. - Long-term care staff's view, over time, of a patient's integrity. *European Nurse*, Vol. 3 (1998), p.254-263.
- LIMA, A. - A morte, o tempo e o cuidar. In: SILVA, Maria Júlia Paes da. (Org.). *Qual o tempo do cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Loyola, 2004.
- PAVARINI, S.C; NERI, A. - Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos in DUARTE Y.A.O; DIOGO M.J.E (org) *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 49-70.
- PIMENTEL, L. - *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- RANDERS I; MATTIASSON, A - The experiences of elderly people in geriatric care with Special reference to integrity. *Nursing Ethics*. Vol. 7, n.º 6 (2000), p. 503-519.
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. - *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar, 2004.
- WANG, P.; BADLEY, E.; GIGNAC, M. - Activity limitation, coping efficacy and self-perceived physical independence in people with disability. *Disability et Rehabilitation*. Vol. 26, n.º 13 (2004), p. 785-793.

## QUEDAS: UM FOCO OBRIGATÓRIO DA ATENÇÃO DE ENFERMAGEM NA POPULAÇÃO IDOSA

Araújo, M. F. \*  
Ribeiro, J. L. P. \*\*  
Oliveira, A. \*\*\*  
Martins, T. \*\*\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto - Professora Adjunta; e-mail: araujo@esenf.pt

\*\* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto - Professor Associado; e-mail: jlpr@fpce.up.pt

\*\*\* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto - Professor Auxiliar;  
e-mail: director.ortopedia@hgsa.min-saude.pt

\*\*\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto - Professora Coordenadora; e-mail: teresam@esenf.pt

## RESUMO

**Introdução:** A qualidade de vida e bem-estar na população idosa é essencialmente percebida como a capacidade funcional para a realização das AVD. Nesta fase da vida, as quedas são a principal causa de perda de funcionalidade e independência, ainda que muitos dos factores de risco sejam potencialmente modificáveis. **Metodologia:** Pretendemos descrever a realidade das quedas na população idosa portuguesa não institucionalizada, integrando resultados de dois estudos. No estudo 1 participaram 763 mulheres caucasianas com 60 ou mais anos, residentes em Portugal Continental, contactadas por telefone para avaliar quedas/fracturas ocorridas nos três anos consecutivos à sua participação num rastreio de osteoporose. No estudo 2 participaram 95 idosos de ambos os sexos, internados num serviço de ortopedia, por fractura da anca. Seis meses após a alta foram visitados em casa para avaliar as quedas e lesões associadas. **Resultados:** No estudo 1 constatou-se que 313 (41%) participantes caíram durante o período de 3 anos. 12,3% das mulheres sofreu pelo menos uma fractura óssea. Quase metade destas mulheres relatou ter ficado com incapacidade para algumas AVD.

Nos seis meses após a alta, 26,3% dos idosos relataram ter caído pelo menos uma vez. Apesar da maioria das quedas não produzir danos corporais graves, muitos idosos afirmam ter restringido a sua actividade. Seis meses após a alta, 3/4 dos indivíduos consideram não ter recuperado ainda a sua funcionalidade prévia. Apesar de 91,6% dos indivíduos referirem ter tido em média 2,32 contactos nos 12 meses anteriores a fractura, apenas 17,9% mencionaram ter recebido alguma orientação sobre prevenção de quedas. Em ambos os estudos a casa foi o principal cenário onde ocorreram os eventos de quedas. **Conclusões:** Na população idosa não institucionalizada as quedas são muito frequentes e ocorrem essencialmente no espaço habitacional. Após um evento de queda, os idosos restringem substancialmente a sua actividade funcional. Contrariamente às recomendações das boas práticas gerontogeriatricas, a prevenção de quedas na população sénior não constitui ainda uma área de atenção prioritária nas práticas dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários.

**Palavras-Chave:** Idosos; Quedas; Fracturas; Capacidade Funcional; Comunidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** Quality of life and well-being among elderly population is essentially perceived as the functional capacity to perform daily living activities (ADL). At this stage in life falls are the main cause of functional and independency losses, although many of its risk factors can be changed. **Methodology:** We intend to describe Portuguese community-dwelling falls joining the results of two studies. The first study's sample includes 763 Caucasian women aged 60 years or more, living in Continental Portugal, contacted by phone to evaluate falls and fractures suffered in the three years after their participation in an osteoporosis audit. The second study's sample includes 95 community-dwelling old adults (both genders) aged 65 years or more, selected by consecutive admission in the orthopedics unit for a hip surgery due to falling. Six months after hospital discharge they were visited in their homes to evaluate falls and associated injuries. **Results:** In the first study, 313 (41%) women had falls during the

3 years period. 12,3% of the women suffered at least one fracture, and almost half of them mentioned inability in performing some DLA due to the fall. In the second, six months after hospital discharge, 26,3% of old persons mentioned at least one fall. Although the majority of falls didn't lead to serious injuries, many old people stated they had limited their activity after falling. 75% of the old people assumed they didn't recover their functionality six months after hospital discharge. Nevertheless, 91,6% of the sample had an average of 2,32 medical contacts in the 12 months before the hip fracture, only 17,9% mentioned having falls prevention awareness. In both studies falls occurred mainly at home. **Conclusions:** In community-dwelling old population falls are very frequent events and occur mainly at home. After falling, old adults tend to substantially limit their functional activity. Although being gerontology best practice fall monitoring is not a priority among primary healthcare professional's practices.

**Keywords:** Elderly; Falls; Fractures; Functional ability, Community-dwelling.

## INTRODUÇÃO

Face à crescente representatividade dos idosos, particularmente dos muito idosos e à elevada expressividade do padrão de doença crónica frequentemente presente nesta fase da vida, a comunidade científica tem centrado progressivamente a sua atenção nesta etapa do ciclo de vida. De facto, muito conhecimento tem sido produzido perspectivado no lema de “melhor conhecer para melhor intervir”, sendo consensual que a avaliação/intervenção na pessoa idosa deve ser integral, multidimensional e dinâmica, conceptualizada numa abordagem familiar, privilegiando as medidas de prevenção primária e secundária, onde a promoção da funcionalidade/prevenção da incapacidade constitua um enfoque central nas actividades da equipa de saúde. Na fase tardia da vida, a manutenção da independência e da autonomia são os melhores preditores da qualidade de vida percebida, pelo que a capacidade funcional (física, psicológica e social) constitui-se como a dimensão – chave na avaliação/intervenção geriátrica (DGS, 2004; Rebelatto & Morelli, 2004; Rosa et al., 2003).

Nos idosos, as quedas constituem uma das principais causas de perda funcional e de independência. Este tipo de acidentes constitui uma importante preocupação não só por representarem eventos frequentes (Gama et al, 2008; Rubenstein, 2006; WHO, 2007) mas também devido ao facto destes indivíduos apresentarem elevada propensão para sofrer lesões resultantes das quedas (e.g.fracturas, traumatismo craneoencefálico, lesões das partes moles, hematomas extensos) resultado de algumas alterações associadas ao processo de senescência e à comorbilidade frequente nesta fase da vida (Morais et al., 2008; Sydenham, 2008).

A sua incidência e as complicações que lhe estão associadas aumentam significativamente a partir dos 60 anos (Rubenstein, 2006), apresentando o grupo dos mais idosos taxas substancialmente mais elevadas (Gai et al, 2009). Dois terços das mortes por lesões não intencionais são devidos às quedas (Rubenstein, 2006) e a mortalidade relacionada com as quedas aumenta também com o aumento da idade especialmente após a sétima década de vida.

Os idosos não institucionalizados apresentam as taxas mais baixas, no entanto os resultados reportam que cerca de um terço dos idosos que vivem no seu ambiente domiciliário, caem pelo menos uma vez por ano (Álvares et

al, 2010; Scheffer et al, 2008; Tinetti, 2003) e dos que caem dois terços irão vivenciar novo episódio de queda nos 12 meses seguintes (Nevitt et al, 1989).

A pesquisa tem identificado consequências físicas, psicológicas e sociais associadas às quedas (Scheffer et al, 2008) que por vezes originam uma trajectória crescente de perda de independência e de autonomia do idoso, que não raramente conduz à sua institucionalização (Rubenstein, 2006).

Na etiologia das quedas, têm sido identificados vários factores habitualmente classificados na literatura como intrínsecos (decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, a doenças e efeitos causados por uso de fármacos), e extrínsecos (factores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso) e a evidência refere que o risco de cair aumenta à medida que aumentam os factores de risco (Fonade et al, 2007; Tinetti, 2003; WHO, 2007). A maioria dos eventos de queda nos idosos ocorre no seu ambiente domiciliário (Gai et al., 2009; Silva et al, 2009), principalmente a partir dos 75 anos e nos mais frágeis (Vellas et al., 2000), apresentando as pessoas que vivem só um risco aumentado (Moreno-Martínez et al., 2005).

O conhecimento das circunstâncias, dos determinantes e das consequências associadas às quedas na população idosa é essencial para melhor compreender o problema e assim adequar estratégias efectivas na avaliação e na implementação de programas de prevenção, nos diferentes contextos nomeadamente na comunidade (Coutinho et al., 2009; Royal College of Nursing, 2004) porque muitos dos factores de risco a elas associados são potencialmente preveníveis (Rubstein, 2006; Todd & Skelton, 2004; WHO, 2007). Em resposta a este desafio têm sido implementados nas últimas décadas em diferentes contextos geográficos diferentes programas de intervenção (Costello & Edelstein, 2008; Sydenham, 2008), ajustados aos perfis de risco individual (Gillespie & Handoll, 2009; WHO, 2007) que se têm revelado eficazes na prevenção de quedas na população idosa (Gillespie & Handoll, 2009; Royal College of Nursing, 2004; Todd e Skelton, 2004) principalmente quando são dirigidos para idosos com história antecedente de queda (Costello & Edelstein, 2008). Os componentes identificados com sucesso nas abordagens multifactoriais incluem, visita domiciliária, exercício com treino de marcha e equilíbrio, uso adequado de dispositivos de assistência, avaliação e modificação do risco ambiental, gestão do regime medicamentoso, gestão dos problemas visuais, providenciar ensino e treino, abordagem aos problemas do pé e calçado, gestão da hipotensão postural e outros problemas cardiovasculares (Huang, 2004; Sydenham, 2008; Todd e Skelton, 2004; WHO, 2007).

**Objectivo:** Descrever a realidade das quedas nos idosos portugueses em contexto comunitário.

## METODOLOGIA

Pretendemos descrever a realidade das quedas na população idosa portuguesa não institucionalizada, integrando resultados de dois estudos, um realizado com uma amostra de mulheres idosas a viverem de forma independente na comunidade (estudo1) e o outro desenvolvido com um grupo de idosos fragilizados (estudo 2).

**Estudo 1** – Uma amostra de 763 mulheres com 60 e mais anos, residentes em Portugal Continental, seleccionadas de uma amostra de voluntárias num rastreio nacional de osteoporose, foram contactadas telefonicamente (até 4 tentativas) para avaliar a ocorrência de quedas / fracturas relacionadas com quedas ocorridas nos três anos subsequentes ao rastreio. Para além das variáveis sociodemográficas e comportamentais, o instrumento de recolha de dados contemplava um grupo de questões dirigidas para a descrição e caracterização dos eventos de queda ocorridos. Utilizou-se também informação recolhida no estudo de rastreio, nomeadamente variáveis clínicas (e.g. valor da DMO) e obstétricas.

**Estudo 2** – Uma amostra consecutiva constituída por 95 participantes idosos (<sup>3</sup>65 anos) de ambos os sexos com alta de uma unidade hospitalar de ortopedia por cirurgia correctora de fractura da extremidade proximal do fémur (anca). As quedas/ lesões associadas reportam-se aos episódios ocorridos nos 6 meses seguintes à alta hospitalar. A informação foi recolhida através de visita domiciliária realizada pela investigadora. Para avaliar o número de sujeitos que caíram pelo menos uma vez neste período de 6 meses e o número total de quedas, colocaram-se as seguintes questões “Nestes 6 meses, o Sr.(a) caiu alguma vez? Se sim explique-me como aconteceu cada uma das quedas” cuja resposta podia ser dada pelo idoso e/ ou cuidador informal, no sentido de minimizar o viés de memória. Para além do histórico de queda/lesões associadas, obteve-se informação para variáveis demográficas; de saúde, incluindo comportamento de procura de saúde; comportamentais e capacidade funcional para as Actividades Básicas de Vida diária (ABVD). A funcionalidade relativa às ABVD foi avaliada pelo Índice de Barthel (IB), utilizando uma versão validada para a população Portuguesa (Araújo, Ribeiro, Pinto & Martins, 2007).

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

**Estudo 1** - A população inquirida foi constituída por mulheres que maioritariamente detinham uma escolaridade não superior à 4ª classe e profissionalmente desempenharam actividades não qualificadas com predomínio das actividades domésticas e de agricultura. A grande maioria das mulheres (67,3%) referiu ter uma actividade sedentária.

Em relação à medida da densidade mineral óssea (DMO) das 763 mulheres inquiridas 205 (26,9%) apresentavam osteoporose.

Das participantes, 313 (41%) referiram ter caído alguma vez durante o período de 3 anos, perfazendo um total de 522 eventos de queda. Dos idosos que caíram, 120 (38,3%) tiveram quedas recorrentes ( $n \geq 2$ ) correspondendo ao perfil de pessoa que a literatura designa de (“fallers”). As mulheres que durante o período de observação referiram pelo menos uma queda eram significativamente mais velhas e detinham um valor de DMO significativamente inferior comparativamente às suas congéneres que não sofreram nenhum episódio de queda ( $p=0,031$  e  $p=0,003$ , respectivamente). As quedas ocorreram com maior frequência em suas casas (52,1%), quando realizavam actividades de vida diária, pelo que das 522 quedas registadas, 455 (87,2%) foram consideradas mínimas e apenas as restantes 67 (12,8%) estiveram associadas a traumatismos “major”. As principais causas percebidas pelas

mulheres como origem da queda foram o escorregar no tapete e tropeçar/escorregar em algo (objecto, animal, móvel).

No que se refere à incidência cumulativa de fractura óssea, 94 (12,3%) mulheres referiram ter sofrido pelo menos uma fractura óssea, perfazendo um total de 104 episódios de fractura, das quais 89 (85,6%) tiveram na sua etiologia um evento de queda. Quanto à sua localização, destacam-se 37 (35,6%) fracturas a nível do antebraço incluindo o punho, 27 (26,0%) na perna e 4 (3,8%) foram fracturas da anca. Quase metade destas mulheres (48,1%) expressou ter ficado com alguma incapacidade para a realização das AVD, como a deambulação (26,0%), o desempenho de actividades domésticas (58%) e 14,0% das mulheres referiram incapacidade resultado do desconforto devido a dor.

As mulheres que tiveram fracturas tinham significativamente menor densidade mineral óssea ( $p=0,007$ ) e mais frequentemente osteoporose diagnosticada previamente ( $p=0,011$ ).

**Estudo 2** - A amostra é constituída maioritariamente por mulheres (87,4%), com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ( $M=81,6$  anos,  $DP=7,22$ ) e com elevada expressividade do estado civil viúvo(a) (55,8%). Uma parte significativa da amostra (61,1%) só frequentou a escola até ao máximo do 4º ano de escolaridade. As actividades que exerceram por um período mais longo na vida correspondem essencialmente a profissões não qualificadas. Os participantes vivem maioritariamente acompanhados (83,2%), pelo cônjuge (38%) ou pelos filhos (34,2%).

Relativamente à ocorrência de quedas, verifica-se que nos 6 meses subsequentes ao internamento por fractura da anca, 25 (26,3%) dos idosos inquiridos relataram ter caído pelo menos uma vez, perfazendo um total de 43 episódios de queda.

Quase todas as quedas (90,7%) aconteceram em casa, distribuindo-se essencialmente pelo quarto (48,8%), sala de refeições (14%) e casa de banho (14%). As principais actividades que o idoso estava a realizar aquando da queda foi deambular (39,5%), deitar-se/levantar-se (27,9%) e sentar/levantar (11,6%).

Estes acontecimentos ocorreram essencialmente no período da manhã (53,5%) e da tarde (32,6) e os idosos consideram que tropeçar/escorregar (44,2%) e desequilíbrio (44,2%) foram os principais motivos das quedas. Mais de 1/3 dos idosos do estudo expressaram ter restringido a sua actividade devido ao muito medo de voltar a cair. Questionados sobre a recuperação da sua funcionalidade, ao fim de 6 meses da crise saúde/doença produzida pela fractura da anca mais de 3/4 dos idosos consideram não ter ainda readquirido a sua funcionalidade prévia. Comparando as médias do score total do IB antes da fractura ( $M_0$ ) e 6 meses após ( $M_1$ ), constata-se que existe uma diferença com significado estatístico entre a capacidade funcional para as ABVD antes da fractura ( $M_0$ ) e 6 meses após ( $M_1$ ); ( $M_0=18,26$ ;  $M_1=16,04$ ;  $p<0,001$ ).

Em termos de vigilância de saúde nos últimos 12 meses anteriores à ocorrência de fractura da anca, 91,6% dos participantes tiveram em média 2,32 ( $DP=1,39$ ) consultas de vigilância de saúde (médico e/ou enfermeira), no entanto apenas 17,9% confirmam que lhe foi dada alguma orientação para prevenção de quedas.

## DISCUSSÃO

Os achados de ambos os estudos realçam que as quedas são sem dúvida um problema major na população idosa portuguesa quer em idosos a residirem na comunidade (41%), na sua grande maioria independentes, quer nos idosos frágeis após alta hospitalar por fractura da anca (26,3%). O número de idosos que caíram duas ou mais vezes é também elevado (38,4%). A prevalência de quedas no estudo1 (41%) expressa um padrão mais próximo ao dos países do Norte da Europa que da Europa do Sul (Nevitt et al., 1989; Rubenstein, 2006).

Na revisão sistemática elaborada por Gama et al., (2008) partindo de estudos epidemiológicos (retrospectivos e prospectivos) realizados com idosos Espanhóis, nos quais a variável “queda” foi medida usando a prevalência no período ou a incidência cumulativa, obtiveram para o contexto comunitário, resultados mais favoráveis, que variaram entre 14%-36% para as quedas acidentais e 8%-26,8% para as quedas recorrentes.

Ainda que as participantes do estudo1 apresentem uma idade média substancialmente inferior (65,9 anos; DP=4,94) aos idosos do estudo 2 (M= 81,6 anos, DP=7,22), os resultados evidenciam que as mulheres que caíram pelo menos uma vez no período de observação, eram significativamente mais velhas ( $p=0,011$ ). Esta associação da idade com o desfecho de queda tem sido retratada de forma consistente na pesquisa sobre a temática, sendo consensual que na população idosa, a prevalência das quedas aumenta com a idade (Reyes-Ortiz et al., 2005; WHO, 2007) particularmente a partir dos 80 anos (Gai et al., 2009; Todd & Skelton, 2004) e assumem taxas mais elevadas nas mulheres comparativamente aos homens (Álvares et al., 2010; Reyes-Ortiz et al., 2005; WHO, 2007). De facto o género e a idade correspondem a dois factores de risco intrínsecos que apesar de não serem modificáveis, devem ser tidos em atenção pelos profissionais de saúde para discriminar idosos com elevado risco de queda porque a idade mais avançada reflecte de alguma maneira maior vulnerabilidade fisiológica e maior probabilidade de ocorrência de desfechos mais gravosos para a saúde dos idosos (Gai et al., 2009; Todd & Skelton, 2004) e as mulheres idosas apresentam maior probabilidade de sofrerem lesões graves por queda, nomeadamente devido à maior prevalência de osteoporose nas mulheres idosas (Vellas et al., 2000; WHO, 2007).

No que se refere à caracterização dos eventos de queda ocorridos em ambos os estudos, concluiu-se que a casa foi o cenário onde ocorreram a maioria das quedas, quer nos idosos mais velhos vulneráveis após sofrerem uma fractura da anca (90,7%), quer nas idosas mais jovens detentoras de uma capacidade funcional que lhes permite viver de forma independente (52,1%). Estes dados reflectem provavelmente a maior fragilidade dos idosos do estudo 2, mais circunscritos ao seu espaço habitacional face à sua deterioração funcional comparativamente às idosas do estudo1, detentoras de melhor funcionalidade que lhes permite ter alguma actividade para além do ambiente doméstico, já que 40,6% experienciaram quedas na rua.

Quanto ao perfil das quedas (local, espaços habitacionais onde o acidente ocorre, período do dia e actividades que o idoso estava a realizar) constata-se que corrobora os resultados de outros estudos, reflectindo que o espaço habitacional do idoso nem sempre corresponde a um espaço livre de riscos ambientais que podem contribuir para um risco acrescido de queda (Coutinho & Silva, 2002; Gai et al., 2009; Silva et al., 2009; Vellas et al., 2000).

Tal como em várias investigações sobre esta temática, os idosos portugueses consideram que tropeçar/escorregar em algo (tapete, objecto, animal, móvel) é a principal razão da queda (Coutinho & Silva, 2002; Huang, 2005), no entanto os idosos do estudo 2 valorizam também o desequilíbrio como importante razão da queda, presumivelmente por serem significativamente mais velhos e apresentarem maior deterioração das suas habilidades motoras, sensoriais e proprioceptivas agravadas também pelo impacto da fractura.

A fraca recuperação funcional percebida pelos idosos 6 meses após a fractura da anca (avaliada através de uma questão única ou através de um instrumento largamente utilizado para avaliar as ABVD) traduz uma das evidências mais consistente na literatura sobre esta matéria (Alarcón e González-Montalvo, 2004; Boonen et al., 2004; Branco et al., 2009).

As fracturas da anca são lesões com muita mais expressividade nas mulheres que caem (88,3%) do que nas que não caem (11,7%), o que vem reforçar a ideia de que as quedas são efectivamente um importante determinante das fracturas (OR=14,40; IC95%: 7,24-29,37 p=0,011), justificando por si só um “investimento” na sua prevenção, já que resultaria num menor número de fracturas e conseqüente diminuição da incapacidade e mortalidade, porque tal como observado em outras pesquisas, os idosos que vivem na comunidade e que experienciam estas fracturas detinham antes do incidente uma boa situação funcional (Alarcón e González-Montalvo, 2004; van Balen et al. 2001).

No entanto os resultados obtidos no estudo 2, são reveladores que os profissionais de saúde não integraram ainda este foco de atenção (avaliação do risco/intervenção) nas suas práticas gerontogeriatricas.

## CONCLUSÕES

Os resultados corroboram que quedas em contexto comunitário são eventos frequentes não só entre os idosos fragilizados mas também nos idosos relativamente saudáveis e activos. Nesta população idosa, as quedas constituem um importante determinante das fracturas da anca e 6 meses após estes traumatismos uma parte significativa dos pacientes considera não ter recuperado a sua funcionalidade prévia. Os achados sugerem ainda que uma das componentes na estratégia de prevenção destes acidentes deverá ser orientada para o espaço habitacional.

Neste sentido é imperioso que as equipas de saúde incorporem na sua prática clínica a evidência produzida sobre a prevenção de quedas na população idosa, que orienta para a necessidade da avaliação/intervenção em função do risco de queda e apesar da abordagem dever ser multidisciplinar, os enfermeiros pela sua proximidade com o idoso/família ocupam um lugar privilegiado para avaliarem e intervirem neste foco de atenção, envolvendo idoso/família na identificação de riscos e na gestão da segurança do ambiente doméstico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÓN, T.A., & GONZÁLEZ-MONTALVO, J.I. - Fractura osteoporótica de cadera. Factores predictivos de recuperación funcional a corto y largo plazo. *Anales de Medicina Interna*. Vol. 21, n.º 2 (2004), p.87-96.
- ÁLVARES, L.M., LIMA, R.C., & SILVA, R.A. - Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.26, n.º 1 (2010), p.31-40.
- ARAÚJO, F., RIBEIRO, J.L.P., OLIVEIRA, A., & PINTO, C. - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 25, n.º 2 (2007), p.59-66.
- BOONEN, S., AUTIER, P. BARETTE, M., VANDERSCHUEREN, D., LIPS, P., & HAENTJENS, P. - Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: a prospective controlled study. *Osteoporosis International*. Vol.15 (2004), p.87-94.
- BRANCO, J.C., FELICÍSSIMO, P., & MONTEIRO, J. - A epidemiologia e o impacto sócio-económico das fracturas da extremidade proximal do fémur: uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave. *Acta Reumatológica Portuguesa*. Vol.34 (2009), p.475-485.
- COSTELLO, E. & EDELSTEIN, J.E. - Update on falls prevention for community-dwelling older adults: Review of single and multifactorial intervention programs. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. Vol. 45, n.º 8 (2008), p.1135-1152.
- COUTINHO, E.S., BLOCH, K.V., & RODRIGUES, I.C., - Characteristics and circumstances of falls leading to severe fractures in elderly people in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 25, n.º 2 (2009), p.455-459.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.
- FONADE, E., WAHLIN, T-B.R., WINBLAD, B., EMAMI, A. & SANDMARK, H. - Falls and fall risk among nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.17 (2007), p.126-134.
- GAI, J., GOMES, L., & CÁRDENAS, C.J. - Ptofobia: O medo de cair em pessoas idosas. *Acta Médica Portuguesa*, Vol. 22 (2009), p.83-88.
- GAMA, Z.A., CONESA, A.G., & FERREIRA, M.S. - Epidemiología de caídas de ancianos en España: una revisión sistemática, 2007. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 82 (2008), p.43-56.
- GILLESPIE, L., HANDOLL, H. - Prevention of falls and fall-related injuries in older people. *Injury Prevention*. Vol.15 (2009), p.354-355.
- HUANG, H. C. - A checklist for assessing the risk of falls among the elderly. *Journal of Nursing Research*. Vol.12, n.º 2 (2004), p.131-141.
- HUANG, T.T. - Home environmental hazards among community-dwelling elderly persons in Taiwan. *Journal of Nursing Research*. Vol.13, n.º1 (2005), p.49-57.
- MORAIS, T.C., FUJIMORI, M., TOLEDO, O.R., BATALINI, C., FRANÇA, E.L., FERRARI, C. K. ET AL. - Pharmacoepidemiology and health in a brazilian older population. *International Journal of Gerontology*. Vol. 2, n.º 3 (2008), p.103-108.

- MORENO-MARTÍNEZ, N.R., RUIZ-HIDALGO, D., BURDOY-JOQUIM, E., VÁZQUEZ-MATA, G. - Incidência y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*. Vol. 40, n.º 2 (2005), p.11-17.
- NEVITT, M., CUMMINGS, S.R., KIDD, S., & BLACK, D. - Risk factors for recurrent nonsyncopal falls. *Journal of American Medical Association*. Vol. 261, n.º18 (1989), p.2663-2668.
- REBELATTO, J.R., MORELLI, J.G. - *Fisioterapia Geriátrica: A prática da assistência ao idoso*, (1ed.). Brasil: Manole, 2004.
- ROSA, T.E.C., BENÍCIO, M.H.D., LATORRE, M.R.D., & RAMOS, L.R. - Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*. Vol.37, n.º1 (2003), p.40-48.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING - *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people*. London, Royal College of Nursing, 2004. [Consultado em 02 de Fevereiro de 2006] URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG021fullguideline.pdf>
- RUBENSTEIN, L.Z. - Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*. Vol. 35-S2 (2006), p. ii37-ii41.
- SCHEFFER, A.C., SCHUURMANS, M.J., VAN DIJK, N., VAN DER HOOFT, T. - Fear of falling : measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*. Vol.37 (2008), p.19-24.
- SILVA, R.B., PAIVA, L.C., OSHMA, M.M., MORAIS, S.S., & NETO, A.M. - Frequência de quedas e associação com parâmetros estabilométricos de equilíbrio em mulheres na pós-menopausa com e sem osteoporose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol.31, n.º10 (2009), p.496-502.
- SYDENHAM, E. - Systematic reviews on preventing fall-related injuries in older people. *Injury Prevention*. Vol.14 (2008), p.274.
- TINETTI, M.E. - Preventing falls in elderly persons. *New England Journal of Medicine*. Vol. 348 (2003), p.42-49.
- TODD, C., SKELTON, D. - *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), 2004. [Consultado em 5 de Abril de 2004 ] URL: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>
- VAN BALEN, R., STEYERBERG, E.W., POLDER, J.J., RIBBERS, T.L., HABBEMA, J.D., & COOLS, H.J. - Hip fracture in elderly patients: outcomes for function, quality of life, and type of residence. *Clinical Orthopaedics and Related Reseach*. Vol.390 (2001), p.232-43.
- VELLAS, B., GILLETTE-GUYONNET, S., NOURHASHÉMI, F., ROLLAND, Y., LAUQUE, S., & OUSSET, P.J. et al. - Chutes, fragilité et osteoporose chez la personne âgée: un problème de santé public. *Revue de Médecine Interne*. Vol. 21 (2000), p. 618-613.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *WHO Global report on falls prevention in older age*. Genebra: WHO, 2007. [Consultado em 05 Janeiro 2008] URL: [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)

## VIVÊNCIAS SOCIAIS DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS DEPENDENTES

Mata, M.A.P. \*

Pimentel, M.H. \*

## RESUMO

Cuidar de um idoso em casa constitui seguramente a melhor opção para a condição física e emocional da pessoa receptora de cuidados e, como tal, deve ser estimulada e preservada. No entanto, o cuidado continuado a um idoso dependente pode ocasionar problemas de saúde, problemas emocionais e, como afirma Vega (2002), sentimentos de tristeza, falta de tempo para a satisfação das necessidades próprias e, ainda, isolamento social. Com o objectivo de conhecer as vivências sociais de cuidadores informais de idosos dependentes desenvolvemos um estudo descritivo e correlacional, tendo sido aplicado um formulário a 232 cuidadores do distrito de Bragança.

Os resultados evidenciam que quanto maior o sentimento da falta de um amigo íntimo, menores os sentimentos de: terem sempre alguém com quem falar ( $r_s = -0,405$ ;  $p < 0,001$ ), terem pessoas nas quais se possam apoiar ( $r_s = -0,456$ ;  $p < 0,001$ ), e maiores os sentimentos de: falta de pessoas à sua volta ( $r_s = 0,565$ ;  $p < 0,001$ ), do prazer da companhia dos outros ( $r_s = 0,578$ ;  $p < 0,001$ ), de solidão ( $r_s = 0,555$ ;  $p < 0,001$ ), da falta de um parceiro com quem possa ter uma relação mais íntima ( $r_s = 0,465$ ;  $p < 0,001$ ), de rejeição ( $r_s = 0,409$ ;  $p < 0,001$ ).

Concluimos pela necessidade de continuar a desenvolver estudos acerca da temática para uma intervenção eficaz junto dos cuidadores e das redes sociais de suporte.

**Palavras Chave:** Vivências sociais; cuidadores informais

## ABSTRACT

Taking care of an old person at home, is for sure the best solution for the physical and emotional condition of the cared one and so it must be stimulated and preserved. However, the continuous care to a dependent old person may carry out health and emotional problems and according to Vega (2002) also carries feelings of sadness, lack of time to satisfy her/his own needs and even social isolation.

With the aim of knowing the social experiences of informal caregivers of dependent elderly, we developed a descriptive and correlational study, applying an assessment tool designed for this purpose to 232 informal caregivers living in the district of Bragança.

The results show that, higher is the feeling of the lack of a close friend, less are the feelings of: having always someone to talk to ( $r_s = -0,405$ ;  $p < 0,001$ ), having always persons in which they can support ( $r_s = -0,456$ ;  $p < 0,001$ ), and higher are: the feelings of lack of people around ( $r_s = 0,565$ ;  $p < 0,001$ ), the pleasure of the company of others ( $r_s = 0,578$ ;  $p < 0,001$ ), loneliness ( $r_s = 0,555$ ;  $p < 0,001$ ), the lack of partner to a closer relationship ( $r_s = 0,465$ ;  $p < 0,001$ ), and higher the feelings of rejection ( $r_s = 0,409$ ;  $p < 0,001$ ).

We concluded that more studies on the subject must be developed in order to have an effective intervention on informal caregivers and social nets of support.

**Keywords:** Social experiences; informal caregivers

## INTRODUÇÃO

Os cuidadores muitas vezes sentem-se abandonados face à sua função de cuidar. Descrevem sentimentos de fadiga, preocupação, depressão e isolamento social como sendo as principais consequências da função de cuidador (WINGECARRIBEE, 2006). Também BALTAR et al (2006) referindo-se ao estudo desenvolvido pelo IMSER-SO em 2004, assinalam a presença de conflitos familiares, diminuição do ócio e das relações sociais. Defendem que os cuidadores com menor apoio social referem mais sintomatologia física e queixas depressivas. Os mesmos autores, referenciando os estudos de COMMISSARIS et al (1995), afirmam que as pessoas com menos contactos sociais manifestam mais problemas associados à doença do familiar e quanto maior a redução dos contactos sociais maior a quantidade de ajuda desejada.

Nessa linha surge o presente estudo com o objectivo de analisar as vivências sociais desses cuidadores.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional com aplicação de um formulário para recolha de informação. Na sua aplicação, obtivemos a colaboração de enfermeiros em visitação domiciliária, de técnicos do serviço social, de gerontólogos e médicos.

### Amostra

Foram entrevistados 232 cuidadores informais de pessoas com 65 e mais anos com qualquer tipo de dependência depois de devidamente esclarecidos os objectivos do estudo e garantida a confidencialidade dos dados. Os cuidadores apresentam uma média de idades de 57,96 anos (min: 23; máx: 89 anos), um desvio padrão de 14,37 anos e uma mediana de 57 anos de idade. A maior representatividade recai sobre as pessoas com 76 anos (28,4%). Evidencia-se um predomínio do sexo feminino, uma prevalência acentuada de pessoas casadas (79,3%), com habilitações literárias ao nível do ensino básico (48,2%). Os cuidadores são maioritariamente filhas da pessoa cuidada (46,6%), seguindo-se as esposas (24,6%) e os maridos (7,8%). De realçar a existência de 4,3% de cuidadores que não possuem laços familiares com a pessoa cuidada. Os agregados familiares mais prevalentes são os constituídos por dois e três elementos (38,4% e 22,4% respectivamente).

## RESULTADOS

A aplicação da correlação de Spearman, permite-nos verificar que as variáveis se correlacionam todas de forma altamente significativa. Evidenciam-se apenas as correlações com maior valor absoluto:

- Quanto maior o sentimento da falta de um amigo mais íntimo, menor a percepção de ter sempre alguém com quem falar ( $rs = -,405; p < 0,001$ ); maior o sentimento da falta de pessoas à sua volta ( $rs = ,566; p < 0,001$ ); maior a percepção da falta do prazer da companhia de outros ( $rs = ,578; p < 0,001$ ); do sentimento de solidão ( $rs = ,555; p < 0,001$ );

da necessidade de um parceiro para uma relação mais íntima ( $rs=,465;p<0,001$ ); menor sensação de terem pessoas em quem se apoiarem ( $rs= -,456;p<0,001$ ) e maior o sentimento de rejeição ( $rs=,409;p<0,001$ ). Por sua vez, quanto maior percepção de terem alguém com quem falar menor a sensação de possuírem pessoas à sua volta ( $rs=-,533;p<0,001$ ); menor a sentimento da falta do prazer da companhia dos outros ( $rs=-,464;p<0,001$ ); maior a percepção de poder contar com os amigos ( $rs=,462;p<0,001$ ); menor o sentimento de solidão ( $rs=-,414;p<0,001$ ); maior a sensação de terem pessoas em quem se apoiar ( $rs=,518;p<0,001$ ) e menor o sentimento de rejeição ( $rs=-,402;p<0,001$ ).

- Quanto menos pessoas à sua volta, mais sentem a falta da companhia dos outros ( $rs=,732;p<0,001$ ), menor o sentimento de poderem contar com os amigos ( $rs=-,443;p<0,001$ ), maior o sentimento de solidão ( $rs=-,633;p<0,001$ ), menor o sentimento de possuírem pessoas em quem se apoiar e da compreensão dos amigos ( $rs=-,448;p<0,001$ ;  $rs=-,631;p<0,001$ ) e maior o sentimento de rejeição ( $rs=,503;p<0,001$ ).

- Quanto maior o sentimento da falta do prazer da companhia dos outros, maior o sentimento de solidão ( $rs=,620;p<0,001$ ); da falta de um parceiro para uma relação mais íntima ( $rs=,406;p<0,001$ ), menor a percepção de possuírem pessoas em quem se apoiarem ( $rs=-,613;p<0,001$ ), e de terem a compreensão dos amigos relativamente à sua forma de actuar ( $rs=-,465;p<0,001$ ) e maior o sentimento de rejeição ( $rs=,435;p<0,001$ ).

- Quanto maior o sentimento de poderem contar com os amigos, maior a percepção de possuírem pessoas em quem se apoiarem ( $rs=,540;p<0,001$ ), e de poderem contar com os amigos ( $rs=,532;p<0,001$ ).

- Quanto mais intenso o sentimento de solidão, maior a falta de um parceiro para uma relação mais íntima ( $rs=,416;p<0,001$ ), menor a percepção de possuírem pessoas nas quais se possam apoiar ( $rs=-,628;p<0,001$ ), e da compreensão por parte dos amigos ( $rs=-,419;p<0,001$ ) e maior o sentimento de rejeição ( $rs=,522;p<0,001$ ).

- Quanto maior o sentimento de terem pessoas suficientes em quem se possam apoiar, maior a percepção da compreensão dos amigos ( $rs=,481;p<0,001$ ) e menor o sentimento de rejeição ( $rs=-,513;p<0,001$ ).

- Quanto maior a percepção da compreensão por parte dos amigos, menor o sentimento de rejeição ( $rs=-,491;p<0,001$ ).

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos vão de encontro aos estudos de NAKATI, et al (2003) ao referirem que os cuidadores deveriam ter a possibilidade de exercer actividades fora de casa pela oportunidade de descanso da tarefa de cuidador e pela interacção social, minimizando problemas de isolamento, angústia ou depressão. Também, RICARTE (2009: 23) enfatiza que “Cuidar de idosos dependentes pode acarretar angústia, solidão, tensão, tristeza, alterações no bem-estar do cuidador a nível da sua saúde, da vida social, da disponibilidade económica, da rotina familiar, do desempenho profissional”.

**Quadro 1 – Matriz das correlações entre as variáveis**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	rs	1,000										
	p											
2	rs	-,405**	1,000									
	p	,000										
3	rs	,566**	-,533**	1,000								
	p	,000	,000									
4	rs	,578**	-,464**	,732**	1,000							
	p	,000	,000	,000								
5	rs	-,307**	,462**	-,443**	-,389**	1,000						
	p	,000	,000	,000	,000							
6	rs	,555**	-,414**	,633**	,620**	-,365**	1,000					
	p	,000	,000	,000	,000	,000						
	rs	,465**	-,210**	,365**	,406**	-,221**	,416**	1,000				
	p	,000	,001	,000	,000	,001	,000					
8	rs	-,456**	,518**	-,631**	-,613**	,540**	-,628**	-,350**	1,000			
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000				
9	rs	,208**	-,217**	,310**	,276**	-,271**	,334**	,220**	-,338**	1,000		
	p	,001	,001	,000	,000	,000	,000	,001	,000			
10	rs	-,304**	,389**	-,448**	-,465**	,532**	-,419**	-,253**	,481**	-,218**	1,000	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001		
	rs	,409**	-,402**	,503**	,435**	-,376**	,522**	,357**	-,513**	,281**	-,491**	1,000
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

1.Faz-lhe falta um(a) amigo(a) íntimo(a); 2.Tem sempre alguém com quem falar; 3.Faltam-lhe pessoas à sua volta; 4.Falta-lhe o prazer da companhia de outros; 5.Pode contar com os amigos sempre que necessita; 6.Muitas vezes sente-se só; 7.Faz-lhe falta um(a) parceiro(a) com quem possa ter uma relação mais íntima; 8.Tem pessoas suficientes, nas quais se pode apoiar; 9.O seu grupo de amigos é muito limitado; 10.Os seus amigos compreendem a sua forma de ser e de actuar; 11.Muitas vezes sente-se rejeitado(a).

## CONCLUSÃO

O contínuo envelhecimento populacional, acarreta simultaneamente maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes e, conseqüentemente, maior número de idosos dependentes que exigem a presença de uma terceira pessoa que proporcione ajuda na execução das actividades básicas e instrumentais da vida diária. Os dados obtidos evidenciam a necessidade de intervenção junto dos cuidadores informais de idosos dependentes, bem como junto das redes sociais de suporte, sejam elas formais ou informais. A recente organização dos centros de saúde (D.L. nº28/2008, de 22 de Fevereiro) criou as Unidades de Cuidados na Comunidade e regulamenta a prestação de cuidados de saúde, 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. Desta feita, constituem um instrumento privilegiado para a ajuda na constituição de grupos de apoio tão necessários no Nordeste Transmontano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALTAR, A. L., et al. - *Estúdio y intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO, 2006.

NAKATI, A., et al. - Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de Saúde Familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. vol. 5, n.º1 (2003), 15-20. [Obtido em 20 de Agosto de 2010] URL: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/773/863>

PORTUGAL - Dec- lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde*. DR. 1.ª Série, n.º38, p.1182-1189, 2008.

RICARTE, L. F. - *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*, 2009. [Obtido em 21 de Agosto de 2010] URL: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>

VEGA, P. D. - Ayudar a los que ayudan: programas de intervención psicosocial para familiares de personas mayores. *Servicios Sociales*. N.º 4 (Out-Dez. 2002), p. 22-25.

WINGECARRIBEE, C. - *Wingecarribee Social Plan 2005 - 2010. Community Care for old people, people with disability and carers*. p. 1-32. (13 de June de 2006).

## OBSTÁCULOS À QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE TERMINAL

Pereira, A.M.N.A.\*

Ferreira, M.A.L.\*\*

---

\* Centro de Saúde de Lousada, Enfermeira; Pós-Graduada em Cuidados Continuados e Paliativos; e-mail: alemnap@gmail.com

\*\* Centro de Saúde de Lousada, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária; Pós-Graduada em Cuidados Continuados e Paliativos; e-mail: amelia.ferreira123@sapo.pt

## RESUMO

Apesar dos cuidados paliativos aparecerem muitas vezes associados ao conceito de morte, a crescente discussão em torno da humanização dos cuidados de saúde vem demonstrando, cada vez mais, a sua pertinência e importância associada ao conceito de qualidade de vida. Este é um conceito muito vasto e abstracto, dependendo da percepção de cada indivíduo, conferindo-lhe uma subjectividade muito própria, sendo afectada por factores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Os Cuidados Paliativos são uma realidade que não existe sem a presença constante de uma equipa de saúde interdisciplinar e o envolvimento activo da família e do utente e, por isso, torna-se pertinente abordar os obstáculos e erros mais comuns por cada uma das partes envolvidas, que muitas das vezes dificultam ou impedem a optimização da qualidade de vida do doente terminal e, por consequência, da sua família.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Cuidados Paliativos; Família; Doente Terminal; Equipa de Saúde Interdisciplinar.

## ABSTRACT

In spite of usually appearing associated to the concept of death, Palliative Care, through the growing discussions about the health care humanization, is showing, day by day, its relevancy and importance associated to the concept of quality of life. This last one is a very vast and abstract concept that depends of individual perception, gaining this way its very own subjectivity. It is also affected by biological, psychological, social and spiritual factors. The Palliative Care is a reality that does not exist without the continuous presence of the interdisciplinary health care team and the active involvement of the patient and his family, thus it is relevant to think about the common obstacles and mistakes made by each one of the involving parts, that many times hind the patient's quality of life and by consequence his family's.

**Keywords:** Quality of life; Palliative Care, Family, Terminal Patient, Interdisciplinary Health Care Team.

## INTRODUÇÃO

O progresso técnico e científico da área da Saúde no último século contribuíram para a diminuição drástica da taxa de mortalidade na nossa população. Por consequência, a esperança média de vida tem vindo a aumentar significativamente. Apesar de ser verdade que se “vive mais”, não é necessariamente verdade que se “vive melhor” e, por conseguinte, que se “morra melhor”. De facto, o aumento da esperança média de vida levou também ao aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas, para as quais a ciência ainda não encontrou cura.

Para além disso, assistiu-se também à evolução do conceito de morte. A sociedade que antigamente cuidava dos seus moribundos, proporcionando-lhes uma morte digna e tranquila em casa, imbuídos num ambiente familiar, rodeados de afecto, actualmente fecha os olhos perante a morte, negando-a e encarando-a como um fracasso sem

sentido, mergulhando em climas de grande frustração. A morte daqueles que vivem na nossa sociedade passou a ser institucionalizada, rodeada de técnicas e cientificidade, num meio criado e fomentado para tal, em que muitas vezes não se olha a meios para atingir um único fim: a cura.

É inegável que a morte é parte integrante da vida – a sua última etapa – e como tal é inevitável: todos os seres humanos vão morrer. E como já foi referido, a maioria deles vai morrer de doença crónica e/ou prolongada. É a pensar nessa maioria que este artigo foi criado; aqueles para os quais a ciência não encontra cura e que necessitam de cuidados paliativos, de modo a terem qualidade no final de vida e uma morte digna. Propõe-se, então, como objectivos: reconhecer a importância dos Cuidados Paliativos; reconhecer a importância da Qualidade na etapa final da Vida; identificar e definir os obstáculos à qualidade de vida do doente terminal; sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da identificação dos obstáculos à qualidade de vida, de modo a promovê-la.

## METODOLOGIA

A ideia para este trabalho partiu da leitura do artigo de Ellershaw e Ward sobre cuidados ao doente terminal<sup>(1)</sup>. Realizou-se, então, pesquisa bibliográfica utilizando a pesquisa manual em livros e revistas, e em motores de busca sobre os conceitos “doente terminal”, “cuidados paliativos” e “qualidade de vida”, em português e inglês. Resumos de conferências, congressos e a frequência de uma pós-graduação também contribuíram para a realização deste trabalho, assim como conhecimentos que advém da prática no contexto comunitário e domiciliário, de doentes em fase terminal e suas famílias.

## DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde definiu em 2002 que os cuidados paliativos são “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais”<sup>(2)</sup>. Em 2004, a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos foi um pouco mais longe quando afirmou que os cuidados paliativos “têm como objectivo central o bem-estar e a qualidade de vida do doente, pelo que se deve disponibilizar tudo aquilo que vá de encontro a essa finalidade”<sup>(2)</sup>. Assim, como já foi afirmado anteriormente, os cuidados paliativos estão intimamente ligados ao conceito de qualidade de vida, deixando-nos perante algo bastante amplo e muitas vezes subjectivo. Qualidade de vida é um conceito pessoal e intrínseco, influenciado por diversos factores, externos e internos que dizem respeito ao próprio indivíduo e/ou ao ambiente que o rodeia. “Isto porque cada doente, na sua individualidade irrepitível, com uma combinação própria de capacidades, valores, crenças, necessidades e problemas, deverá ser compreendido no seu meio e em total dignidade”<sup>(3)</sup>, tal como afirmou MEIRELES em 2008.

Tendo em conta a pluralidade de necessidades e a individualidade de cada indivíduo, é fundamental o envolvimento do próprio, da sua família e da equipa interdisciplinar de saúde – também chamada tríada paliativa –, tentando trabalhar de forma coerente com o objectivo de promover a qualidade de vida e proporcionar uma morte digna.

Frequentemente torna-se difícil proporcionar a máxima qualidade de vida possível ao indivíduo e sua família através da prestação de cuidados paliativos, devido a diversos factores que influenciam cada um dos elementos da tríade.

## CONCLUSÃO

Apesar da crescente discussão sobre qualidade de vida, cuidados paliativos e humanização da prestação de cuidados, é ainda frequente conhecer doentes em fases finais de vida com sintomas descontrolados e com familiares sem apoio durante esta altura vulnerável das suas vidas.

A divulgação entre a sociedade e a comunicação entre equipa multidisciplinar de saúde, a família e o doente são fulcrais para que cada vez mais se tome consciência de que a morte é uma consequência inevitável da vida, que deve ser vista como algo natural. É necessário perceber que aqueles que estão a morrer estão ainda vivos, e que enquanto assim o estiverem, têm o direito de ver reunidos esforços para que todas as suas necessidades reais sejam satisfeitas, para que toda a atenção esteja focada na qualidade de vida que cada doente e sua família seja promovida e conseguida em larga escala.

Concluindo, existe a consciência que esta deverá ser uma reflexão íntima de cada um dos intervenientes na prestação de cuidados, de forma a tornar relevante esta realidade na prática de enfermagem, sendo fundamental perceber que a relação Equipa de Saúde Interdisciplinar/Doente/Família e a ultrapassagem dos obstáculos que surgem nesta relação são determinantes para a promoção da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) ELLERSHAW, John, WARD, Chris – *Care of the dying Patient: the last hours or days of life*, 2003. [Em linha]. [Consul. 27 Dez. 2010]. URL: <http://www.bmj.com/content/326/7379/30.full>.
- (2) APCP – *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP*, 2006. [Em linha]. [Cons. 22 Dez. 2010] URL: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf).
- (3) MEIRELES, Ana C. – *Cuidados Paliativos... E Seu Triângulo de Excelência*, 2008. [Em linha]. [Cons. 22 Dez. 2010] URL: [http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/CuidadosPaliativos\\_CMeireles.htm](http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/CuidadosPaliativos_CMeireles.htm).
- (4) CONSELHO DA EUROPA – *Recommendation 1418: Protection of the Human rights and dignity of the terminally ill and the dying*, 1999. [Em linha]. [Consul. 27 Dez. 2010]. URL: <http://assembly.coe.int/main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta99/EREC1418.htm>.
- (5) MACLEOD, Roderick D. – *Quality of dying - how are we doing?*, 2008. [em linha]. [Consul. 27 Dez 2010] URL:

<http://qualitysafety.bmj.com/content/17/4/237.full.pdf+html>.

- (6) BENNETT, Michael I.; DAVIES, Elizabeth A.; HIGGINSON, Irene J. – Delivering research in end-of-life care: problems, pitfalls and future priorities. *Palliative Medicine*. Vol. 24, n.º 5 (2010), p. 456-461.
- (7) NULAND, Sherwin – *How we die*. London: Chatto & Windus, 1993.
- (8) HANSON LC, Danis M, Carret J. – What is wrong with end of life care? Opinions of bereaved family members. *Journal American Geriatric Society*, Vol. 45, n.º 11 (1997), p. 1339-1344.
- (9) SILVEIRA, M. J., DIPIERO, A., GERRITY, M. S., FEUDTNER, C. – Patients' Knowledge of options at the end of life: ignorance in the face of death. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 284, n.º 19 (2000), p. 2483-2488.
- (10) THOMAS, K. – *Care of the dying at home*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004.
- (11) DOCHERTY, Andrea; OWENS, Alastair et al. – *Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review*, 2008. [em linha]. [Consul. 19 Dez 2010] URL: [http://wrap.warwick.ac.uk/222/1/WRAP\\_Williams\\_0675348%2D200208%2Dpmj%2D070853431.pdf](http://wrap.warwick.ac.uk/222/1/WRAP_Williams_0675348%2D200208%2Dpmj%2D070853431.pdf).
- (12) KAZAWA, Y.; MIYASHITA, M.; MORITA, T. [et al] – The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative Medicine*, Vol. 23, n.º 8 (2009), p. 754-766.

# O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA DA PESSOA DOENTE INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Castro, C.M.\*  
Vilelas, J.M.\*\*  
Botelho, M.A.\*\*\*

---

\* Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Professora Adjunta (PhD Student). Centro Hospitalar Barreiro Montijo – EPE. Doutoranda em Enfermagem (ICS-UCP), Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (ui&de); e-mail: cidalia-castro@netvisao.pt

\*\* Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Professor Coordenador (PhD). Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (ui&de); e-mail: jose.vilelas@gmail.com

\*\*\* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Professora Coordenadora (PhD). Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (ui&de); e-mail: rbotelho@netcabo.pt

## RESUMO

**Introdução:** Compreender a experiência vivida da pessoa doente internada em Unidades de Cuidados Intensivos deve constituir uma preocupação constante dos profissionais que com ela contactam diariamente. Estas unidades caracterizam-se pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela situação de vulnerabilidade inerente à gravidade do estado clínico dos doentes. **Objectivo:** Compreender o significado da experiência vivida face ao internamento da pessoa doente numa UCI. **Desenho:** Revisão sistemática de literatura pelo método PI[C]OD. **Métodos:** Foram incluídos 17 estudos a partir da pesquisa em bases de dados electrónicas, cujos participantes eram pessoas com idade superior a 18 anos, que já estivessem estado internados em UCI. **Resultados:** Podemos agrupar as vivências das pessoas doentes internadas na UCI em quatro dimensões: (1) a vivência psicológica e emocional; associada a sentimentos tais como a morte, o terror, a ansiedade; incapacidade em distinguir o tempo, o local e a família, (2) a vivência física; referenciada pelo sofrimento físico e a dor, (3) o suporte familiar e religioso; como fonte de apoio emocional e facilitador do internamento e (4) o ambiente dos cuidados intensivos; destacando, o ambiente tecnológico, descrito como desagradável, sendo os alarmes fonte de stress, e o comportamento no Cuidar em Enfermagem associado a sentimentos positivos tais como a empatia dos profissionais, os sentimentos de segurança, confiança e tranquilidade transmitida pelos profissionais. **Conclusões:** Identificar as necessidades, promover e apoiar as pessoas nestes momentos críticos, é o ponto de partida para a prática de uma enfermagem em contexto de transições. Os processos de Transição que estes doentes experienciam tem repercussões físicas e psicológicas muito significativas, que se mantem após o internamento na UCI.

**Palavras-chave:** Experiência vivida; Unidade de Cuidados Intensivos; Pessoa doente

## ABSTRACT

**Introduction:** Understanding the lived experience of the ill person hospitalized in intensive care units should be a constant concern of professionals in daily contact with her. These units are characterized by sophisticated technology for monitoring and therapeutic intervention for highly specialized human resources and the vulnerability inherent in the severity of the clinical status of patients. **Objective:** To understand the meaning of lived experience over the internment of the sick person in an ICU. **Design:** Systematic Review of the literature by the PI[C]OD method. **Methods:** We included 17 studies from the research on electronic databases, whose participants were people aged over 18 who were already been admitted to ICU. **Results:** We combine the experience of people admitted to ICU patients in four dimensions: (1) the emotional and psychological experience, associated with feelings such as death, terror, anxiety, inability to distinguish the time, place and family, (2) the physical experience; referenced by physical suffering and pain, (3) family support and religious, as a source of emotional support and facilitator of admission and (4) the environment of intensive care, highlighting the technological environment, as described unpleasant, and the alarm source of stress, and behavior in Nursing Care associated with positive feelings such as empathy of the professionals, the feelings of security, confidence and tranquility conveyed by professionals. **Conclusions:** Identifying the need to promote and support people in these critical moments is the starting point for the practice of nursing in the context of transitions. The processes of transition that these patients experience physical and psychological repercussions very significant, he keeps after the ICU stay.

**Keywords:** Lived experience; Intensive Care Unit; sick person

## INTRODUÇÃO

O objectivo de manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, constituindo um foco de stress e ansiedade que é partilhado pelos profissionais de saúde, doentes e suas famílias. Quando o doente crítico é admitido na UCI, este é invadido por múltiplas intervenções dolorosas. A pessoa vê-se impossibilitada de falar e por vezes de se mexer, num local que lhe é particularmente estranho onde os sons dos alarmes se ouvem 24 horas por dia, rodeado de pessoas estranhas e sem saber o que lhe vai acontecer. A experiência vivida durante esta fase da vida da pessoa resulta de múltiplos factores, que incluem a influência do apoio profissional dado pelos enfermeiros e restante equipa de saúde (RAMALHO, 2009). A experiência vivida é descrita pelas pessoas doentes como permeada pela solidão e desamparo, em que se sentem controlados por máquinas, pela equipe de saúde e hesitantes diante da incerteza de seus destinos; desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente com o desencadeamento de reacções que variam do silêncio ao choro e à agitação (ZINN; SILVA; TELLES, 2003). Muitas pessoas doentes sentem-se vulneráveis, angustiados e com medo, uma vez que este internamento não vem apenas impregnado de mitos e fantasias, mas também da possibilidade constante da ocorrência da morte. Uma unidade de cuidados intensivos deve ser um lugar para a pessoa a viver como um ser humano; não apenas um lugar para sobreviver (WANG et al., 2009). Neste trabalho, pretendemos analisar os estudos realizados no âmbito desta temática com o objectivo de compreendermos o significado da experiência vivida face ao internamento da pessoa doente numa UCI.

## METODOLOGIA

Esta revisão sistemática da literatura procurou dar resposta à seguinte pergunta de investigação: Qual o significado da experiência vivida da pessoa doente face ao internamento numa UCI?. Na formulação da questão de investigação, utilizámos o método designado de PI[C]OD: Participantes (e situação clínica), intervenções, Resultados (outcomes) e desenho (tipo de estudo) (VILELAS, 2009; RAMALHO, 2005). Os critérios de inclusão e exclusão definidos para a selecção dos estudos encontram-se definidos na tabela 1.

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos a seleccionar

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Doentes com idade superior a 18 anos, que já estivessem estado internados em UCI	Estudos que não incluam os sujeitos definidos nos critérios de inclusão
Resultados	Experiências vividas positivas ou negativas do doente internado em UCI	Não orientados para as experiências vividas do doente
Desenho do estudo	A evidência científica ter sido obtida através de abordagens quantitativas e qualitativas	Estudos que não possuam o rigor metodológico.

Realizámos a pesquisa em bases de dados on-line; CINAHL Plus With Full Text; MEDLINE With Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews (via EBSCO) entre 1 de Abril e 1 de Agosto de 2010, utilizando a língua inglesa como idioma preferencial. Apenas incluímos artigos em texto integral, quer de abordagem qualitativa, quer quantitativa, com sistema de peer review. Foram seleccionados os seguintes descritores: Adults; Middle age;

age; 80 and over; elderly; frail elderly; Patients; Care intensives; Intensives care units; Critical care units; Meanings; Experiences; Lived experience. Foram identificados 63 artigos nas diferentes bases de dados, dos quais 2 se encontravam repetidos, 32 foram rejeitados pela leitura do resumo e 11 artigos foram rejeitados pela leitura integral. Portanto a nossa amostra ficou constituída por 17 artigos.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nos estudos seleccionados, treze foram desenvolvidos em UCI polivalentes, dois em UCI cardíaca, um em UCI cardiotorácica e um em UCI de queimados. Quanto ao desenho dos estudos, 13 foram de abordagem qualitativa, 3 quantitativa e um misto. Os estudos de abordagem qualitativa foram na sua maioria estudos fenomenológicos (7), seguindo-se os estudos descritivos (2), exploratório (1), descritivo e exploratório (1), Grounded Theory (1) e coorte longitudinal (1). Nos estudos de abordagem quantitativa encontramos um estudo quasi-experimental, um descritivo e correlacional e um prospectivo longitudinal. As Experiências da pessoa doente internada na UCI variam de acordo com a sua adaptação à nova situação, bem como dependem da personalidade e do estado físico e/ou mental em que a pessoa se encontra. Como é natural os resultados dos artigos analisados fazem emergir diferentes formas de as pessoas doentes vivenciarem o internamento na UCI. É importante para os enfermeiros e restante equipa de saúde saber o que as pessoas doentes realmente vivenciam durante o internamento na UCI. Tendo em conta a pluralidade das vivências, podemos agrupar as memórias das pessoas doentes na UCI em quatro grandes dimensões:

**A** - A vivência psicológica e emocional – esta é bastante focalizada em todos os artigos, sendo referenciada pela pessoa doente como experiências negativas, normalmente associada à morte. Embora a morte seja um acontecimento frequente em unidades de cuidados intensivos, acrescida dos gemidos e da morte do outro, a ameaça de morte e o confronto com a morte estão bastante presentes nas experiências da pessoa doente em UCI (JOHNSON; ST JOHN; MOYLE, 2006, ALMERUD et al., 2007, STORLI; LINDSETH; ASPLUND, 2008, WIKEHULT et al., 2008). No estudo de BALLARD et al. (2006) os participantes utilizaram metáforas que faziam alusão à realidade da morte: estar num filme, sentir frio, afogamentos, toque do sino, o que revelou a vivência da morte como uma experiência muito assustadora. As situações de terror, ansiedade e pânico são também bastante referenciadas pelos doentes (SAMUELSON; LUNDBERG; FRIDLUND, 2007, COUTINHO; CORDEIRO; DEL BARRIO et al., 2004). No estudo de STORLI, LINDSETH e ASPLUND (2008), as queixas como ataques de pânico e ansiedade eram fortemente ligadas a estas situações de terror e experienciadas como “Flashbacks” de experiências assustadoras que implicaram emoções fortes. Outras vivências foram reveladas, tais como: dificuldade em adormecer (CHABOYER; GRACE, 2003, ALMEIDA; RIBEIRO, 2008), assim como sonhos e alucinações que foram mencionadas por 74% dos participantes, no estudo de ROBERTS e CHABOYER (2004). Os pesadelos bizarros também estiveram presentes (SAMUELSON; LUNDBERG; FRIDLUND, 2007), bem como a depressão (CHABOYER; GRACE, 2003), os sentimentos de incerteza, a impotência, o medo, a insegurança (BARLEM et al., 2008), e o sofrimento psicológico (WANG et al., 2009). RATTRAY et al. (2010) realçaram que a ansiedade,

depressão e intrusão não reduziram significativamente ao longo do tempo. Os resultados indicam-nos, também, que a pessoa doente em UCI vivencia a incapacidade de distinguir o tempo, o local e a família (JOHNSON; ST JOHN; MOYLE, 2006), possuem uma percepção diferente da passagem do tempo (DEL BARRIO et al, 2004) demonstram confusão, desorientação no tempo assim como dissociação mente/corpo (PERKINS, 2008). As estratégias que facilitam o contacto, a interacção e a dinâmica no contexto da UCI podem ser consideradas como premissa básica para o cuidado humanizado. É fundamental que o profissional de enfermagem possua o agir comunicativo no cuidar da pessoa doente, sobretudo naqueles que possuem algum grau de limitação. BARLEM et al (2008), no seu estudo, cujo objectivo foi identificar como é que os utentes internados em UCI perceberam o processo de comunicação, veio evidenciar que para o doente a comunicação apresenta-se como uma componente do cuidado, manifestando estas dificuldades na comunicação não-verbal. SAMUELSON, LUNDBERG e FRIDLUND (2007) mostraram que 68% dos participantes do estudo referiram que a dificuldade em falar foi uma das três experiências mais lembradas. Também, HAFSTEINDÓTTIR (1996) concluiu que todos os doentes do seu estudo referiram que quando perceberam que não podiam falar as suas reacções foram de choque e medo; descrevem o enorme esforço para se tentarem fazer entender sem sucesso.

**B - A vivência física** - A presença de dor acarreta um aumento substancial do desconforto, além de frequentemente a pessoa doente em estado crítico estar impossibilitado, ou com dificuldade de comunicar, o seu sofrimento pelo uso frequente e imperativo de artefactos e restrições impostas pelos métodos terapêuticos é marcante. O sofrimento físico (WANG et al (2009) e a dor foram também manifestada pelas pessoas doentes (CLAESSON; MATTSON; IDVALL, 2005, GARDNER et al, 2005). PERKINS (2008) referiu que as sensações físicas como a presença e remoção do tubo endotraqueal, a presença dos drenos torácicos, as linhas invasoras de monitorização foram também descritos como vivências dolorosas. SAMUELSON, LUNDBERG e FRIDLUND (2007), concluíram que a experiência que os sujeitos mais se lembravam era da presença dos tubos e linhas de monitorização (74%) e o facto de os “tubos na boca e nariz do doente” ser o factor mais stressante (ALMEIDA; RIBEIRO, 2008). Para CHABOYER e GRACE (2003) entre 5 a 20% dos participantes afirmaram que vivenciaram um elevado grau de dependência em relação à mobilidade. ALMERUD et al (2007) no seu estudo concluíram que os utentes referiram as vivências como o encontro com a dependência forçada, a ambiguidade de ser um objecto de vigilância clínica, mas invisível a nível pessoal. Sentiam-se marginalizados, submetidos a rituais de poder, um estranho cuidado por um estranho. A sede foi também uma das vivências mais lembradas (PERKINS, 2008), assim como as alterações do apetite e a dificuldade na deglutição (PERSENTUS; HALL-LORD; WILDE-LARSSON, 2009). No estudo de COUTINHO, CORDEIRO e GERALDES (2003), o medo dos procedimentos foi das memórias mais frequentes, inclusive um utente referiu que tinha medo que o matassem sempre que era feito qualquer procedimento. O “ser picado com agulha” também apresenta um grau elevado de stress (ALMEIDA; RIBEIRO, 2008).

**C - O suporte familiar e religioso** - A necessidade de apoio social da família, o estar lá, a visita destes, as diferentes formas de lidar na primeira e seguintes visitas (PERKINS, 2008) e apoio nas crenças religiosas foi referenciada como fonte de apoio emocional para os utentes como facilitador do internamento (DEL BARRIO et al, 2004).

**D** - O ambiente dos cuidados intensivos - Nestas vivências dos doentes encontramos dois temas: o ambiente tecnológico e o comportamento no cuidar em enfermagem. O ambiente tecnológico; embora gere benefícios em termos de equilíbrio biológico, ele é física e psicologicamente agressivo. O ambiente tecnológico é, assim, descrito como desagradável (ALMERUD et al.2007, PERKINS, 2008) em que o “ouvir o alarme do monitor cardíaco” o “ouvir os ruídos e alarmes das máquinas” é fonte de stress nos doentes na UCI (ALMEIDA; RIBEIRO, 2008). No estudo de COUTINHO, CORDEIRO e GERALDES (2003), os “flashes” de memórias mais frequentes foram em relação ao ambiente em geral (luz, ruído e movimento).O comportamento no Cuidar em Enfermagem; no estudo de DEL BARRIO et al (2004) um dos temas que emergiu das entrevistas foi a percepção do comportamento no cuidar da equipa de enfermagem. Os utentes referiram que se sentiram bem cuidados, que a empatia dos profissionais os ajudou a comunicar, sentimentos de segurança, confiança e tranquilidade transmitida pelos profissionais assim como profissionalismo da equipa no domínio das suas competências. Estes resultados corroboram com os encontrados por BARLEM et al (2008). Para reforçar esta ideia PERKINS (2008), refere que os utentes ao vivenciar o acordar pós cirurgia salientam o papel da enfermagem no estar lá, a sua actividade, a importância da relação enfermeiro/utente, tentativa de comunicação.

## CONCLUSÕES

Os resultados destes estudos mostram que na sua maioria as vivências experienciadas por estes doentes são de cariz negativo, relacionadas com a morte, distúrbios cognitivos e de desconforto devido à presença de dispositivos invasivos, restrições que afectam o movimento, a incapacidade de falar, a sede, o ruído, dificuldade em dormir, dor, ansiedade e medo. Mas existem também vivências positivas que dizem respeito às memórias e estão associadas com a segurança fornecida pela presença constante dos enfermeiros e a confiança transmitida pelos profissionais no domínio das suas competências. Saber como identificar, facilitar, promover e apoiar os pacientes nestes momentos críticos, é a chave para a prática de uma enfermagem baseada no marco das transições. Concordamos que um maior conhecimento das experiências das pessoas doentes pode ajudar a enfermagem a obter uma compreensão mais profunda da sua saúde e dos processos de doença, e assim fornecer uma base mais sólida para os cuidados de saúde ou mesmo levar à introdução de novas intervenções de enfermagem (FORSBERG; BACKMAN; MOLLER, 2000).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.; RIBEIRO, J. - Stress dos doentes nos Cuidados Intensivos. *Revista Referência*. II.ª Série, n.º 7 (2008), p.79-88.
- ALMERUD, S.; ALAPACK, R.; FRIDLUND, B.; et al - Of vigilance and invisibility - being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*. Vol. 12, n.º 3 (2007), p.151-158.
- BALLARD, N.; ROBLEY, L.; BARRETT, D.; et al - Patients' recollections of therapeutic paralysis in the intensive care unit. *American Journal Of Critical Care*. Vol. 15, n.º 1 (2006), p.86-94.
- BARLEM, E.; ROSENHEIM, D.; LUNARDI, V.; et al - Communication as a tool of humanization of nursing care: experiences in intensive care unit [Portuguese]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 10, n.º 4 (2008), p. 1041-1049.
- CHABOYER, W.; GRACE, J. - Following the path of ICU survivors: a quality-improvement activity. *Nursing In Critical Care*, Vol. 8, n.º 4 (2003), p. 149-155.
- CLAESSON, A.; MATTSON, H.; IDVALL, E. - Experiences expressed by artificially ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 14, n.º 1 (2005), p. 116-117.
- COUTINHO, P.; CORDEIRO, A.; GERALDES, C. - Memórias e qualidade de vida após internamento numa unidade de cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. Vol. 12, n.º 1 (2003).
- DEL BARRIO, M.; LACUNZA, M.; ARMENDARIZ, A.; et al - Liver transplant patients: their experience in the intensive care unit. A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 13, n.º 8 (2004), p. 967-976.
- FORSBERG, A.; MÖLLER, A.; BÄCKMAN, L. - Experiencing liver transplantation - a phenomenological approach. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 32, n.º 2 (2000), p. 327-334.
- GARDNER, G.; ELLIOTT, D.; GILL, J.; et al - Patient experiences following cardiothoracic surgery: an interview study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 4, n.º3 (2005), p. 242-250.
- HAFSTEINDÓTTIR, T. - Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive and Critical Care Nursing*. Vol. 12 (1996), p. 261-271.
- JOHNSON, P.; ST JOHN, W.; MOYLE, W. - Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an uneveryday world. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 53, n.º 5 (2006), p. 551-558.
- PERSENIUS, M.; HALL-LORD, M.; WILDE-LARSSON, B. - Grasping the nutritional situation: a grounded theory study of patients' experiences in intensive care. *Nursing In Critical Care*. Vol. 14, n.º 4 (2009), p. 166-174.
- PERKINS, C. - What are the experiences of patients waking from fast-track. *British Journal of Cardiac Nursing*. Vol. 3, n.º 8 (2008), p. 373-382.
- RAMALHO, A. - *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem meta-análise. Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2005.
- RAMALHO, A. - *A experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no Hospital*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, 2009.

- RATTRAY, J.; CROCKER, C.; JONES, M.; et al - Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. *Nursing in Critical Care*. Vol. 15, n.º 2 (2010), p. 86-93.
- ROBERTS, B.; CHABOYER, W. - Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nursing In Critical Care*. Vol. 9, n.º 4 (2004), p. 173-180.
- SAMUELSON, K.; LUNDBERG, D.; FRIDLUND, B. - Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing In Critical Care*. Vol. 12, n.º 2 (2007), p. 93-104.
- STORLI, S.; LINDSETH, A.; ASPLUND, K. - A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care*. Vol. 13, n.º 2 (2008), p. 86-96.
- WANG, K.; ZHANG, B.; LI, C.; et al - Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 18, n.º 2 (2009), p. 183-190.
- WIKEHULT, B.; HEDLUND, M.; MARSENIC, M.; et al - Evaluation of negative emotional care experiences in burn care. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 17, n.º14 (2008), p. 1923-1929.
- VILELAS, J. - *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Sílabo, 2009.
- ZINN, G.; SILVA, M.; TELLES, S. - Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol. 3 (Mai-Jun 2003), p. 326-332.

## FACTORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA DA FAMÍLIA DE UMA CRIANÇA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Marques, G.\*  
Regadas, S.\*\*

---

\* Instituto de Ciências da Saúde da UCP - Aluna de Doutoramento em Enfermagem; e-mail: goretimarques@hotmail.com

\*\* Instituto de Ciências da Saúde da UCP - Aluna do Doutoramento em Enfermagem; e-mail: aregadas@sapo.pt

## RESUMO

Este artigo decorre da revisão sistemática da literatura sobre a qualidade de vida da família da criança com doença oncológica. Centramos o objectivo deste estudo na análise dos principais factores que podem interferir na qualidade de vida destas famílias. A finalidade é identificar de que forma é que os enfermeiros podem intervir para melhorar a qualidade de vida da família e da criança com doença oncológica. A colheita de dados foi feita em bases de dados informatizadas, nacionais e internacionais, utilizando-se as palavras-chave *child, cancer, family, quality of life, disease, family*. A revisão demonstrou que a família é uma parte integrante da vida da criança com doença oncológica e que quanto maior é a satisfação das suas necessidades, melhor é a qualidade de vida apresentada pela família e pela criança com doença oncológica.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Família; Criança com doença Oncológica.

## ABSTRACT

This article derives from a systematic review of literature on the quality of family life of children with cancer. The objective of this study have focused on the analysis of the main factors that can interfere with quality of life for these families. The purpose is to identify how it is that nurses can intervene to improve the quality of life for families and children with cancer. Data collection was done in computerized databases, national and international, using the keywords *child, cancer, family, quality of life, disease, family*. The review showed that the family is an integral part of life of children with cancer and that the greater is the satisfaction of their needs, the better the quality of life presented by the family and children with cancer.

**Keywords:** Quality of life; Family; Children with Cancer

## INTRODUÇÃO

O cancro esteve durante muito tempo associado à ideia de morte. Actualmente, quando diagnosticado precocemente e devidamente tratado, tem uma perspectiva de cura de aproximadamente 80%.

A doença não é um fenómeno acidental mas um sinal de desequilíbrio, surgindo, desta forma uma diminuição da qualidade de vida, quer por motivos psicológicos ou sociais. (Couvreur, 2001) Como refere o autor citado, zelar pela qualidade de vida das crianças com doença oncológica e das suas famílias e, se possível aumentá-la através de todos os meios devia ser um objectivo dos profissionais de saúde. Pois, trata-se de uma doença traumatizante que altera e destabiliza a qualidade de vida destas famílias/crianças.

A qualidade de vida é um conceito recente, quer no seu sentido genérico, como no domínio da saúde, nomeadamente na área da doença oncológica. Vários têm sido os estudos realizados nesta área, sendo mesmo um dos conceitos mais utilizados quando se faz investigação.

Após alguns estudos, a Organização Mundial de Saúde definiu a qualidade de vida como: a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. (WHOQOL, Group, 1994,1995) A qualidade de vida tornou-se um tema central das sociedades modernas e foi adoptada como sendo um objectivo fundamental nos cuidados de saúde. (Ribeiro et al, 1998)

Importa no entanto definirmos dois conceitos: o de qualidade de vida e de qualidade de vida relacionada com a saúde, embora ambos estejam interligados, o primeiro tem um sentido mais amplo, o segundo refere-se aos aspectos que estão relacionados com a doença, os seus sintomas e tratamentos. A nossa abordagem irá ser feita na perspectiva da qualidade de vida relacionada com a saúde, da criança com doença oncológica e sua família. Desta forma, este estudo tem como objectivo fazer uma revisão da literatura relativa ao factores que interferem na qualidade de vida da família da criança com doença oncológica, com a finalidade de fazer um levantamento de alguns trabalhos que já tenham sido desenvolvidos nesta área, e identificar os principais indicadores de necessidades que nos permitiram intervir junto das mesmas.

## METODOLOGIA

A revisão da literatura foi feita em bases de dados nacionais e internacionais, como a Medline, BDENE, Scielo, LILACS, Repositorium das faculdades nacionais, Biblioteca Nacional. A colheita de dados foi feita em bases de dados informatizadas, nacionais e internacionais, utilizando-se as palavras-chave *child, cancer, family, quality of life, disease, family*. Após esta pesquisa foi realizado um cruzamento entre palavras-chave, resultando em cerca de 12 artigos relacionados com os objectivos deste estudo. Realizamos também uma pesquisa não-sistemática de publicações científicas referentes à temática que pudessem contribuir para identificar os factores que interferem na qualidade de vida da família da criança com doença oncológica.

## RESULTADOS & DISCUSSÃO

Cuidar de uma criança doente é uma experiência aparentemente normal para qualquer pai, no entanto cuidar de uma criança com doença oncológica é diferente, uma vez, que esta doença não afecta só a criança mas inevitavelmente todo o seu sistema familiar.

A família está associada a uma melhor qualidade de vida, ao nível da saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional, saúde mental e transição de saúde. (Silva *et al*, 2004)

No plano das emoções, o medo do desconhecido apreço associado à imprevisibilidade do estado de saúde da criança, criando sentimentos de ansiedade. A crise em que a família se encontra após o diagnóstico de doença oncológica, parece ser motivada essencialmente por dois tipos de factores de stress: o emocional associado à situação de uma doença grave, bem como o confronto com a possibilidade da morte; por outro lado existe o stress

associado à necessidade de ser responsável pelos cuidados físicos à criança doente, com todas as suas implicações para as rotinas diárias, familiares e profissionais. (Santos, 2006) Estar junto da criança torna-se de tal forma importante, que assume-se como uma das funções vitais da família. (Lameiro, 2009)

A doença traz exigências que criam fadiga física e obrigam a família a renunciar a certas actividades pessoais e sociais. Por exemplo, uma mãe pode abandonar o seu emprego ou as suas actividades sociais e culturais para cuidar do filho. Os sintomas depressivos que podem desenvolver-se por esta tomada de decisão incluem a tendência para se ficar socialmente isolado ou desistir da interacção com os outros, dificuldades de memória, e sentimentos de desespero e futilidade. (Bartlett, *et al.*, 2004)

Estudos demonstram que quanto maior é a satisfação da família com o seu apoio social, melhor é a qualidade de vida da família e da criança com doença oncológica. (Silva, *et al.*, 2004)

Ao nível económico, a doença e o seu tratamento podem criar despesas suplementares à família. Embora não existam muitos estudos que façam uma abordagem aos custos que uma doença oncológica provoca no seio da família, estamos convictos que este é um aspecto com um forte impacto na qualidade de vida destas famílias. Um estudo realizado revela que algumas famílias descrevem dificuldades financeiras associadas ao cuidado de uma criança com cancro. Segundo o mesmo, os factores que mais contribuem para o aumento das despesas são: o número de deslocações ao hospital, a perda de rendimento de um dos progenitores, despesas com tratamentos, o aumento do número de refeições fora de casa e a incapacidade de recorrer a subsídios (Miedema, *et al.*, 2008).

## CONCLUSÃO

Face a todos estes factores que interferem na qualidade de vida da família/criança e tal como refere Paro (2005), cabe aos enfermeiros em parceria com a equipe interdisciplinar desenvolver actividades com a família/criança, procurando a manutenção do seu bem-estar. Partindo deste princípio consideramos que o enfermeiro deve ser um interveniente activo junto da criança com doença oncológica e sua família, de forma a contribuir para a satisfação da sua necessidades e consequentemente aumentar a sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARTLETT, S. J., KRISHNAN, J. A., RIEKERT, K. B., & MALVEAUX, F. J. - Maternal depressive symptoms and adherence to therapy. *Pediatrics*. Vol. 113, n.º 2 (2004), p. 229-237.

COURVREUR, C. - *A Qualidade de Vida - Arte para viver no século XXI*. (M. Rosa, Trad.) Loures: Lusociência, 2001.

DOCKERTY, J., SKEGG, D., & WILLIAMS, S. - Economic Effects of Childhood Cancer on Families. *Journal of Pediatrics and Child Health*. vol 39, n.º 4 (2003), p. 254-258.

DOCKERTY, J., SKEGG, D., & WILLIAMS, S. - *Efeitos Económicos do Câncer Infantil nas Famílias*, 2003.

[Obtido em 25 de Outubro de 2010] URL: <http://www.publmed.com>.

GOMES, R., PIRES, A., MOURA, M., SILVA, L., SILVA, S., & GONÇALVES, M. - Comportamento Parental na Situação de Risco do Cancro Infantil. *Análise Psicológica*, vol.3 n.ºXXII (2004), p. 519-531.

GROUP, T. W. - The World Health Organization quality of life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, Vol. 46, n.º 12 (1998), p. 1569-1585.

GROUP, T. W. - The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL):Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, Vol. 41, n.º 10 (1995), p. 1403-1409.

LAMEIRO, D. - *O Acompanhamento psicológico da criança com leucemia*. (E. d. Porto, Ed.), 2009. [Obtido em 2 de Dezembro de 2010] URL:<http://www.dentalria.com>.

PARO, D., PARO, J. & FERREIRA, D. - *O Enfermeiro e o Cuidar em Oncologia Pediátrica*. vol 12, n.º 3 (2005), p. 151-157.

RIBEIRO, J., MENESES, R., MENESES, I., & GRUPO-QVD. Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças com Diabetes Tipo 1. *Análise Psicológica*, Vol. 1, n.º XVI (1998), p. 91-100.

ROLLAND, J. S. - Chronic illness ans the family life cycle. In in B. Carter & N. McGoldrick (Eds.), *The Changing Family life Cycle: A A Framework for Family Therapy*. New York: Gardner Press, 1988.

SILVA, I., RIBEIRO, J., & CARDOSO, H. - Qualidade de Vida e Apoio Social em Doentes com Obesidade. 5º *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA, 2004, p. 66-67.

# BURNOUT, HARDINESS E SATISFAÇÃO COM O TRABALHO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE PORTUGUESES E BRASILEIROS

Queirós, C.\*

Dias, S.\*\*

Carlotto, M.S.\*\*\*

---

\* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), Docente; Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSP (LABRP); e-mail: cqueiros@fpce.up.pt

\*\* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), Docente; Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSP (LABRP); Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS IPVC), Docente; e-mail: sofiadias@ess.ipvc.pt

\*\*\* Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Docente.

## RESUMO

Os Profissionais de Saúde são vulneráveis ao burnout, pois envolvem-se nos problemas dos pacientes e trabalham muitas horas em ambientes favoráveis ao conflito e ao stress laboral crónico. Contudo, muitos profissionais enfrentam bem estas adversidades e crescem emocional e psicologicamente, parecendo possuir traços de personalidade protectores do stress, como o *hardiness*. Pretendemos conhecer os níveis de burnout, de *hardiness* e de satisfação com o trabalho em 400 Profissionais da área da Saúde de uma amostra portuguesa e outra brasileira, tentando também verificar se existe correlação entre burnout, *hardiness* e satisfação com o trabalho. Os resultados obtidos são concordantes com a literatura internacional, existindo poucas diferenças entre países e encontrando-se nas duas amostras níveis moderados de exaustão emocional e elevada realização profissional, presença de *hardiness*, moderada satisfação com o trabalho e correlações entre estas variáveis. Em Portugal e no Brasil a satisfação com o trabalho dos Profissionais da área da Saúde e características individuais parecem proteger do stress ocupacional e do burnout, contribuindo para a qualidade de vida dos profissionais e facilitando a qualidade dos cuidados prestados aos Utentes.

**Palavras-Chave:** burnout; estudo comparativo Portugal-Brasil; *hardiness*, satisfação profissional; profissionais de saúde.

## ABSTRACT

Health professionals are vulnerable to burnout, because their involvement in patients' problems and they work often in environments of conflict and chronic work stress. However many professionals cope adequately with these adversities and grow emotionally and psychologically, maybe due to personality traits that are stress protectors, such *hardiness*. We aim to know burnout levels, *hardiness* and job satisfaction in 400 Health Professionals in two samples (Portugal and Brazil), and also to found correlations between burnout, *hardiness* and job satisfaction. The results are consistent with international literature. We found few differences between countries, and in both samples we found moderate levels of emotional exhaustion, high personal accomplishment, *hardiness*, moderate satisfaction with work, and correlations between these variables. In both countries, satisfaction with the work of the Health Professionals and individual characteristics appear to protect from occupational stress and burnout, contributing to the quality of life of the professionals and ameliorating the quality of care to patients.

**Keywords:** burnout; comparative study Portugal-Brazil; *hardiness*; job satisfaction; health care professionals.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de burnout tem sido considerada uma problemática das sociedades de diferentes países, devido ao impacto e às consequências negativas que tem tido na saúde do trabalhador, das organizações e na dinâmica familiar. O contacto directo, contínuo e permanente com Utentes reivindicativos e em sofrimento, as cargas de trabalho excessivas, o envolvimento emocional nas problemáticas dos seus pacientes, muitas vezes em ambientes de conflito e stress (Takaki & Sant'Ana, 2004) podem levar a esta síndrome nos profissionais de saúde. Desde

que Freudenberger (1974) definiu o conceito de burnout, inúmeros estudos foram efectuados, havendo contudo consenso que o burnout é um estado de fadiga ou de frustração provocado pela devoção a uma causa e um prolongamento do stress profissional crónico no qual o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências já estão “esgotados”, manifestando-se através de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Schaufeli, 1993; Pines & Aronson, 1989). Estando os profissionais de saúde vulneráveis ao burnout, a sua relação com os utentes é negativamente afectada, pois a exaustão emocional provoca frustração de não ter mais nada a oferecer a estes, a despersonalização provoca indiferença emocional ou insensibilidade para com os outros, e a redução da realização profissional conduz à insatisfação profissional e a sentimentos de incompetência.

Segundo Moreno-Jiménez e colaboradores (2000), características individuais como a personalidade contribuem para um perfil de resistência ou de vulnerabilidade às fontes de stress, conduzindo a respostas reactivas ou adaptativas. O traço “hardiness” parece estar negativamente correlacionado com o stress (Dias & Queirós, 2010; Kobasa, Maddi & Khan 1982; Moreno-Jiménez et al. 2000), podendo ser considerado como um traço ou modo específico de funcionamento perante as adversidades (Anaut, 2005) ou como a capacidade de resistir às adversidades e de a utilizar para crescer (Cyrrulnik, 2001; Sória et al., 2006), actuando como um predictor negativo do stress (Mallar & Capitão, 2004) e explicando 10 a 20% da variância do burnout (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Apesar de existirem factores protectores do burnout, as organizações hospitalares oferecem recursos tecnológicos avançados mais vocacionados para o tratamento e cura, subvalorizando, por vezes, as relações humanas (Moniz, 2003). Para a qualidade dos serviços prestados aos utentes, os profissionais de saúde necessitam de condições e organização de trabalho optimizadas, com suporte dos supervisores, e com benefícios e políticas organizacionais que contemplem a qualidade de vida e o desempenho profissional (Rosa & Carlotto, 2005). Segundo Batista e colaboradores (2005), a motivação e satisfação no trabalho dependem de: gostar do que faz, bom relacionamento multiprofissional, possibilidade de crescimento profissional, compromisso com os doentes, condições de trabalho e remuneração. Elevada carga horária, instabilidade, salário baixo e mau relacionamento interpessoal provocam insatisfação e até sofrimento psicológico que pode levar ao burnout.

Segundo Gil-Monte (2008), **o burnout apresenta um carácter epidémico mundial, extrapolando as fronteiras nacionais**. Alguns estudos transculturais sugerem que o contexto cultural de um país afecta o comportamento dos indivíduos dentro das organizações, influenciando a sua satisfação profissional (Dias, Queirós & Carlotto, 2010; Silva *et al.*, 2008). Escolhemos Portugal e o Brasil pelo passado comum e por uma orientação para valores comparáveis, segundo a influência das culturas nacionais sobre as culturas das organizações discutida por Hofstede (1980). Pretendemos conhecer o nível de burnout, de hardiness e de satisfação com o trabalho de profissionais da área da saúde que exercem funções em instituições portuguesas e brasileiras, tentando também verificar se há correlações entre as variáveis, no sentido de elevado hardiness e satisfação com o trabalho estarem associados a menor burnout.

## METODOLOGIA

### Participantes

Participaram neste estudo 400 profissionais da área da saúde de diferentes categorias (médicos, enfermeiros, administrativos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas da fala, psicólogos, assistentes operacionais, higienistas) que exercem funções em instituições hospitalares, sendo 200 portugueses (Porto) e 200 brasileiros (Porto Alegre). O perfil sócio-demográfico e laboral é apresentado na Tabela 1, encontrando-se bastantes semelhanças entre as duas amostras.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais de saúde (N=400)

Variáveis	Portugal (n=200)	Brasil (n=200)
Local de trabalho	100% hospital	100% hospital
Sexo	75% Feminino 21 a 56 anos	79% Feminino 18 a 64 anos
Idade	M = 37.0 anos ( $\pm$ 9.00)	M = 33.0 anos ( $\pm$ 9.00)
Situação afectiva	67% com relação estável	57% com relação estável
Filhos	61% com filhos	58% com filhos
Formação	80 % formação superior Medicina 15%	55 % formação superior Medicina 15%
Actividade profissional	Enfermagem 58% Administrativos 6% *Outros 22%	Enfermagem 58% Administrativos 13% *Outros 14%
Tipo de contrato	70% com vínculo definitivo	52% sem vínculo definitivo
Pluri emprego	53% com uma única actividade profissional	58% com pluri emprego
Tipo de horário	72% com horário por turnos	55% com horário por turnos
Carga horária semanal	51% com carga horária semanal de 35 horas	55% com carga horária semanal superior a 35 horas

\* fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas da fala; psicólogos, assistentes operacionais, higienistas

### Instrumentos

Os dados foram recolhidos através de um questionário constituído por quatro grupos de questões. O primeiro grupo permitiu a caracterização sócio-demográfica e profissional da amostra. O segundo grupo avaliou o burn-out através do Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (Maslach & Jackson, 1981), enquanto o terceiro avaliou a satisfação com o trabalho através do Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23 (Q.S.L., de Meliá & Peiró, 1989), ambos nas versões de Rosa e Carlotto (2005). O quarto grupo permitiu a avaliação do hardiness, utilizando-se o Personal Views Survey numa versão que adaptamos a partir de Moreno-Jimenez e colaboradores (2000) e de Mallar e Capitão (2004). A análise da consistência interna dos instrumentos utilizados (coeficiente alfa de Cronbach) revelou valores adequados segundo os critérios recomendados por Bryman e Cramer (2003).

## Procedimentos

Os dados obtidos foram recolhidos no primeiro semestre de 2010, após contacto com a direcção das instituições e com os responsáveis dos serviços envolvidos. Todos os objectivos da investigação foram apresentados e esclarecidos, e após a autorização formal, os questionários foram distribuídos por todos os profissionais que se voluntariaram para participar. Foi realizado um estudo piloto com 20 enfermeiros com características similares aos indivíduos da população a ser estudada, para verificar ambiguidade de questões, respostas não previstas, não variabilidade de algumas perguntas e tempo estimado de aplicação. Na amostra brasileira, os questionários foram entregues pessoalmente aos profissionais, sendo a recolha realizada no final da aplicação. Na amostra portuguesa, os questionários foram distribuídos pela Chefias dos serviços, sendo de auto-preenchimento, confidenciais e com a garantia da anonimização das informações recolhidas, com devolução num envelope fechado. Os dados foram tratados com recurso ao SPSS-17, efectuando-se a detecção de *outliers* ou erros de digitação e procedimentos estatísticos para análise descritiva, correlacional (*R Pearson*) e *t Student*.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos (Tabela 2) revelam que no burnout a dimensão com o maior índice médio é a realização profissional, seguindo-se a exaustão emocional e a despersonalização. Em relação à satisfação com o trabalho e ao hardiness, verificamos que são os profissionais brasileiros que apresentam maiores valores. Nas duas amostras a dimensão mais elevada da satisfação com o trabalho é a satisfação intrínseca com o trabalho, enquanto a mais baixa é a satisfação com os benefícios e as políticas da organização. Relativamente ao hardiness, o compromisso apresenta média superior e o desafio o menor valor. Foram ainda encontradas algumas diferenças estatisticamente significativas entre Portugal e o Brasil, com a amostra portuguesa a apresentar maior exaustão emocional, enquanto a amostra brasileira apresentou maior compromisso, controle, satisfação com os benefícios e políticas da organização e satisfação intrínseca no trabalho.

Tabela 2. Índices médios das dimensões do burnout, satisfação com trabalho e hardiness

Instrumentos	Dimensões	Portugal		Brasil		t	p
		Média	D.P.	Média	D.P.		
MBI HSS (burnout, escala 1-5)	Exaustão Emocional	2.55	.765	2.29	.658	3.613	.000
	Despersonalização	1.85	.661	1.91	.661	-.915	.361
	Realização Profissional	3.80	.625	3.80	.644	-.010	.992
PVS (hardiness, escala 0-3)	Compromisso	1.99	.299	2.30	.393	-8.636	.000
	Controle	1.99	.270	2.14	.361	-4.756	.000
	Desafio	1.63	.241	1.63	.343	-.007	.994
QLS20/23 (satisfação com o trabalho, escala 1-5)	Satisfação com a Supervisão	3.34	.719	3.36	.925	-.302	.763
	Satisfação Ambiente Físico/Trabalho	3.33	.778	3.46	1.042	-1.447	.149
	Satisfação Benefícios Políticas Organização	2.63	.734	3.19	.957	-6.580	.000
	Satisfação Intrínseca Trabalho	3.62	.675	3.80	.771	-2.553	.011
	Satisfação Participação	3.22	.730	3.32	1.085	-1.082	.280

A análise correlacional das dimensões do burnout com o hardiness e satisfação com o trabalho (Tabela 3) revelou correlações estatisticamente significativas entre todas as variáveis, excepto na amostra de profissionais portugueses entre a realização pessoal e algumas dimensões da satisfação com o trabalho. Encontramos uma correlação positiva entre hardiness, realização pessoal e satisfação com o trabalho, e uma correlação negativa da exaustão emocional e despersonalização com a satisfação com o trabalho e o hardiness.

Tabela 3 - Correlações entre dimensões do burnout, hardiness e satisfação com o trabalho

Variáveis	Portugal			Brasil		
	Exaustão	Desp.	Realização	Exaustão	Desp.	Realização
Compromisso	-.354**	-.371**	.317**	-.387**	-.364**	.479**
Controle	-.273**	-.311**	.285**	-.352**	-.338**	.462**
Desafio	-.359**	-.283**	.279**	-.337**	-.366**	.230**
Satisfação Supervisão	-.408**	-.275**	.112	-.343**	-.288**	.278**
Satisf. Ambiente FT	-.272**	-.169*	.157*	-.222**	-.296**	.144*
Satisf. Benefícios PO	-.471**	-.197**	.060	-.378**	-.274**	.238**
Satisf. Intrínseca	-.373**	-.401**	.299**	-.468**	-.247**	.296**
Satisfação Participação	-.338**	-.292**	.126	-.379**	-.267**	.221**

\* Correlação significativa ao nível de 5% \*\* Correlação significativa ao nível de 1%

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Encontramos algumas diferenças entre os profissionais de saúde portugueses e brasileiros, apesar das semelhanças culturais destes países (Hofstede, 1980), com a amostra portuguesa a apresentar mais exaustão emocional e a amostra brasileira a apresentar maior hardiness e satisfação com o trabalho. As duas amostras revelaram níveis satisfatórios de hardiness, de satisfação com o trabalho, elevada realização profissional, baixa despersonalização e ausência da síndrome de burnout, apesar de alguma exaustão emocional. A exaustão emocional deverá ser objecto de reflexão pelos responsáveis das Instituições, pois pode diminuir a qualidade dos cuidados prestados aos Utentes, correndo o risco dos profissionais adoecerem pelo trabalho (Carlotto & Gobbi, 1999). A presença de hardiness foi encontrada em ambas as amostras, embora mais elevada nos profissionais brasileiros, talvez porque as sucessivas mudanças nos contextos socioeconómicos e políticos característicos da cultura brasileira, levam os profissionais a adoptarem uma atitude empreendedora suscitada pela necessidade imediata de manter o emprego, aliados a uma menor aversão á incerteza e uma maior tolerância à instabilidade e á adversidade (Hofstede, 1980). Os profissionais de saúde portugueses apresentam menor propensão para o risco e para a mudança, valorizando a estabilidade profissional, seguindo a tendência da literatura internacional. As características da personalidade hardiness parecem favorecer os indivíduos a utilizarem estratégias adaptativas face à percepção de estímulos potencialmente stressantes, transformando-as em oportunidades de crescimento (Dias & Queirós, 2010; Moreno-Jiménez et al., 2000; Kobasa et al., 1982). Os profissionais de ambas as amostras revelaram níveis

satisfatórios de satisfação com o trabalho, embora mais elevados nos profissionais da área de saúde brasileiros. Ambos os grupos de profissionais apresentam maior satisfação com o conteúdo intrínseco do trabalho e com as tarefas que vão desempenhando na instituição, e menor satisfação com os benefícios e políticas da organização, talvez porque cada vez mais as organizações estão hierarquizadas e com protocolos rígidos que podem provocar descontentamento e insatisfação nos profissionais (Batista et al., 2005).

## CONCLUSÕES

A síndrome do burnout nos profissionais de saúde tem despertado interesse e preocupação na comunidade científica e nas instituições, devido à severidade das suas consequências sobre o estado de saúde dos trabalhadores e do seu desempenho individual e organizacional. Os resultados encontrados neste estudo comparativo associam a síndrome de burnout a factores de satisfação com o trabalho: níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização associam-se a baixa realização profissional e consequentemente insatisfação no trabalho (Maslach & Leiter, 1997). Os resultados revelaram também que quanto maior hardiness, maior satisfação com o trabalho e menor burnout (Dias & Queirós, 2010; Gil-Monte & Peiró, 1997), **sugerindo que o hardiness associado à satisfação com o trabalho pode constituir um factor protector no aparecimento do burnout**, contribuindo para a qualidade de vida destes profissionais de saúde, com melhores cuidados prestados aos Utentes. Para terminar, importa salvaguardar que tratando-se de um estudo de carácter exploratório, é imperativo que se repliquem outros estudos com esta população nestes países, aprofundando outras variáveis, e contribuindo para uma melhor compreensão desta problemática, uma vez que a literatura com estudos transculturais entre Portugal e Brasil com estas variáveis é ainda muito incipiente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANAUT, M. - *A resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi, 2005.
- BATISTA, M. N.; MORAIS, P. R.; CARMO, N. C.; SOUZA, G. O.; CUNHA, A. F. - Avaliação da depressão, síndrome de burnout, e qualidade de vida em bombeiros. *Psicologia Argumento*, Vol. 23, n.º 42 (2005), p. 47-54.
- BRYMAN, A.; CRAMER, D. - *Análise de dados em ciências sociais, introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora, 2003.
- CARLOTTO, M. S.; GOBBI, M. D. - Síndrome de Burnout: Um problema do indivíduo ou do contexto de trabalho? *Alethéia*, Vol. 10 (1999), p. 103-114.
- CYRULNICK, B. - *Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana*. Lisboa: Stória Editores, 2001.
- DIAS, S.; QUEIRÓS, C. - A influência dos traços de personalidade no nursout dos professores. In NOGUEIRA, C.; SILVA, I.; LIMA, L.; ALMEIDA, A. T.; CABECINHAS, R.; GOMES, R.; MACHADO, C., MAIA, A.; SAMPAIO, A.; TAVEIRA, M. C. (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Braga, 2010, p. 1066-1080.

- DIAS, S.; QUEIRÓS, C.; CARLOTTO, M.S. - Síndrome de burnout e factores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal, *Aletheia*, Vol. 32 (2010), p. 4-21.
- FREUDENBERGER, H.J. - Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, Vol. 30, n.º 1 (1974), p. 159-165.
- GIL-MONTE, P. R. - El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información Psicológica*, Vol. 91 (2008), p. 4-11.
- GIL-MONTE, P.R.; PEIRÓ, J. M. - *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis, 1997.
- HOFSTEDE, G. - *Culture's consequences*. Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
- KOBASA, S.C.; MADDI, S.R.; KHAN, S. - Hardiness and health. A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 42 (1982), p. 168-177.
- MALLAR, S.C.; CAPITÃO, C.G. - Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *Psico-USF* Vol.9, n.º 1 (2004), p. 19-29.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. - *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1981.
- MASLACH, C.; LEITER, M. - *The truth about burnout – how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B. - Historical and conceptual development of burnout. In: SCHAUFELI, W.B.; MASLACH, C.; MAREK, T. Eds., *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, New York: Taylor & Francis, 1993. p. 1-16.
- MELLÁ, J. L.; PEIRÓ, J. M. - La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el Cuestionario de Satisfacción S20/23. *Psicologemas*, Vol. 3, n.º 5 (1989), p. 59-74.
- MONIZ, J.M. - *A enfermagem e a pessoa idosa – a prática de cuidados como experiência formativa*. Lisboa: Lusociência, 2003.
- MORENO-JIMENEZ B.; GARROSA, H.E.; GONZALEZ, G.J.L - Personalidad Resistente, *Burnout y Salud. Escritos de Psicología*, Vol. 4 (2000), p. 64-77.
- PINES, A.; ARONSON, E. - *Career Burnout – causes and cures*. s.l.: Free Press, 1989.
- ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. - Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da SBPH*. Vol. 8, n.º 2 (2005), p. 1-15.
- SCHAUFELI, W.B.; ENZMANN, D. - *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis, 1998.
- SILVA, M. A.; CORREIA, M.F.; SCHOLTEN, M.; GOMES, L.F. - Cultura nacional e orientação empreendedora: um estudo comparativo entre o Brasil e Portugal. *Comportamento organizacional e gestão*, Vol. 14, n.º 1 (2008), p. 65-84.
- SÓRIA, D.; SANTORO, D.; SOUZA, I.; MENEZES, M.; MOREIRA, M. - A resiliência como objecto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. *Revista de Enfermagem*, Vol. 10, n.º 3 (2006), p. 547-551.
- TAKAKI, M. H.; SANT'ANA, D.M. - A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipa de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, Vol. 9, n.º 1 (2004), p. 79-83.

## BURNOUT E ENGAGEMENT EM ENFERMEIROS PORTUGUESES

Dias, S. \*

Queirós, C. \*\*

---

\* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), Docente; Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSP (LABRP); Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS IPVC), Docente; e-mail: sofiadias@ess.ipvc.pt

\*\* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), Docente; Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSP (LABRP); e-mail: cqueiros@fpce.up.pt

## RESUMO

Actualmente os enfermeiros enfrentam novas exigências no seu trabalho, provocadas por múltiplas fontes de stress, sendo vulneráveis ao burnout. Estudos recentes têm investigado não só o burnout e outras consequências negativas da actividade profissional, mas também características que parecem fomentar o bem-estar e a satisfação dos enfermeiros, como o conceito de engagement (Schaufeli & Salanova, 2007). Os profissionais “engaged” sentem-se mais vigorosos, energéticos, dedicados e identificados com o trabalho, adoptando atitudes positivas, estando motivados e realizados profissionalmente, e apresentando menor exaustão emocional e despersonalização. Pretendemos conhecer o nível de burnout e de engagement de 300 enfermeiros portugueses (metade do serviço de urgência e metade dos cuidados intensivos), verificando se existe correlação entre burnout e engagement. Os resultados evidenciaram uma correlação negativa significativa entre burnout e engagement, sendo os enfermeiros mais vigorosos, dedicados e absorvidos no seu trabalho quem apresenta maior realização profissional e menor exaustão emocional e despersonalização. Encontraram-se poucas diferenças entre serviços e níveis baixos de burnout, mas níveis moderados a elevados de engagement e de realização profissional. O engagement é essencial para o bem-estar do enfermeiro, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados aos Utentes.

**Palavras-Chave:** burnout; engagement; enfermeiros.

## ABSTRACT

Currently the nurses are facing with new demands in their work, caused by multiple sources of stress, being vulnerable to burnout. Recent studies have investigated not only burnout and its negative consequences of the occupation, but also features that appear to promote the wellbeing and satisfaction of nurses, as the concept of engagement (Schaufeli & Salanova, 2007). Professionals “engaged” feel more vigorous, energetic, dedicated and identified with the work, adopting positive attitudes, being motivated and professionally fulfilled, and presenting less emotional exhaustion and depersonalization. We intend to know the level of burnout and engagement of 300 Portuguese nurses (half of the emergency department and half of intensive care), checking the correlation between burnout and engagement. The results showed a significant negative correlation between burnout and engagement. The nurses being more vigorous, dedicated and absorbed in his work have a higher job satisfaction and lower emotional exhaustion and depersonalization. We found some differences between services and low levels of burnout, but moderate levels of engagement and the high professional achievement. The engagement is essential for the wellbeing of nurses, contributing to quality of care to the patients.

**Keywords:** burnout; engagement; nurses.

## INTRODUÇÃO

Cada vez mais os enfermeiros enfrentam novas exigências no seu trabalho, provocadas por fontes de stress como variedade das funções, excesso de trabalho e condições do local de trabalho, sendo por isso um grupo vulnerável ao burnout. Os enfermeiros têm sido alvo de vários estudos nos últimos anos, sendo contudo centrados nos aspectos negativos do seu trabalho (Jenkins & Elliot, 2004). Desde que em 1974 Freudenberger referiu o conceito de Burnout numa perspectiva científica, inspirou a investigação e o aparecimento de vários modelos conceptuais cuja tónica incidia essencialmente na identificação dos sintomas e no tratamento, ou seja, nas consequências negativas. Apesar da variedade de definições do conceito, a proposta mais consensual é a de Maslach & Jackson (1986), que considera o burnout como um prolongamento do stress profissional, sendo o resultado de um processo de longa duração em que o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação já estão “esgotados” (Maslach & Schaufeli, 1993). Este consenso é válido sobretudo quando se considera que o burnout surge como resposta ao stress laboral, resultando de experiências profissionais excessivas, sobretudo nas profissões cujo alvo são as pessoas, como é o caso dos profissionais de saúde e dos enfermeiros em particular (Delbrouck, 2003). Apesar da frequência, intensidade, duração e consequências poderem variar, a síndrome de burnout inclui sempre as componentes exaustão física, emocional e mental (Pines & Aronson, 1989), traduzidas em exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional (Maslach & Jackson, 1997). A exaustão emocional pode ser definida como o esgotamento dos recursos emocionais do profissional, que sente que já nada mais tem para oferecer aos outros e experienciando também frustração. A despersonalização traduz-se no distanciamento afectivo, indiferença emocional e insensibilidade para com os outros, desenvolvendo-se sentimentos e atitudes negativas para com as pessoas que estão em contacto directo com o profissional. A redução da realização profissional caracteriza-se pela tendência do trabalhador em se autoavaliar de forma negativa, revelando insatisfação com o seu desenvolvimento profissional, associados a sentimentos de incompetência e de frustração. Segundo Ortega e Lopez (2004), a síndrome de burnout é um processo que se desenvolve de forma sequencial, enquanto para Golembiewsky e colaboradores (1993) é um modelo multidimensional onde uma componente pode despoletar o desenvolvimento das outras duas, e para Leiter (1992) pode ocorrer se as suas componentes se desenvolverem em simultâneo pois referem-se a reacções a diferentes aspectos do ambiente de trabalho.

Mais recentemente, com o aparecimento da Psicologia Positiva surge o conceito de engagement como o oposto do burnout, definido como um estado de saúde mental positivo e de bem-estar, relacionado com o contexto laboral e implicando mais do que a “ausência” de burnout (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2000). Schaufeli e colaboradores (2002) defendem que o engagement é um estado afectivo-cognitivo persistente no tempo e relacionado com o trabalho, é uma dimensão distinta de bem-estar, é uma construção motivacional positiva, reconfortante, não sendo específico de um evento em particular, indivíduo ou comportamento momentâneo. À semelhança do burnout, o engagement é constituído por três dimensões: vigor, dedicação e absorção. O vigor representa o elevado nível de energia e resiliência mental no decorrer do trabalho, a determinação de investir, o esforço e a capacidade de persistir apesar das adversidades. A dedicação consiste na atribuição de significado ao trabalho desenvolvido, no entusiasmo, na inspiração, no orgulho e no facto do trabalho constituir um desafio. A absorção implica dificuldade do indivíduo se distanciar completamente do trabalho pois sente felicidade nesta imersão

(Schaufeli et al., 2002). Algumas investigações (Maslach et al., 2001) apontam para que o núcleo central do burnout seja composto pela exaustão emocional e a despersonalização, enquanto no engagement se encontra o vigor e a dedicação. O engagement caracteriza-se então por altos níveis de energia e uma forte identificação com o trabalho, enquanto o burnout se caracteriza por baixos níveis de energia combinados com uma falta de identificação com o próprio trabalho (Scaufeli & Becker, 2004).

Trabalhando os enfermeiros em contextos stresssantes e sendo vulneráveis ao burnout (Dias et al., 2010), poderá existir um processo de contágio emocional que os fragiliza ainda mais (Bakker et al., 2005). Contudo, se não cuidarem de si, não conseguirão cuidar dos utentes, necessitando de encontrar no trabalho motivação e vigor, ou seja, engagement. Pretendemos conhecer os níveis de burnout e de engagement de enfermeiros que trabalham nos Serviços de Urgência e de Cuidados Intensivos, bem como verificar se existe uma correlação negativa entre burnout e engagement.

## METODOLOGIA

### Participantes

A amostra foi constituída por 300 enfermeiros a trabalhar nos Serviços de Urgência (S.U.) e de Cuidados Intensivos (C.I.) em instituições hospitalares do Porto (Tabela 1). São maioritariamente do sexo feminino, casados ou em união de facto, sem filhos e com idades entre 23 e 58 anos. Possuem habilitações elevadas (licenciatura ou graduação posterior), trabalham há cerca de 9 anos, têm vínculo definitivo, pluri-emprego e carga horária semanal de 35 horas e regime de trabalho por turnos. Apesar de a maioria não pretender mudar de serviço na instituição, alguns gostariam de mudar de instituição e até mesmo de profissão, o que revela alguma insatisfação.

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros do serviço de urgência e dos cuidados intensivos

Variáveis	Serviço de Urgência (n=150)	Serviço de Cuidados Intensivos (n=150)
Sexo	62% Feminino	75% Feminino
Idade	23 a 54 anos M = 32,5 anos ( $\pm$ 6,24)	23 a 58 anos M = 33,5 anos ( $\pm$ 7,49)
Estado civil	50% casados ou união de facto	59% casados ou união de facto
Filhos	35% com filhos	44% com filhos
Habilitações Académicas	77 % Licenciatura Enfermagem; 16% com pós graduação e 6% com Mestrado	55% Licenciatura em Enfermagem; 15% com pós graduação e 2% com Mestrado
Tempo de serviço	1 a 25 anos M= 9,57 anos ( $\pm$ 5,77)	1 a 34 anos M= 10,4 anos ( $\pm$ 7,47)
Situação Profissional	72% com lugar no quadro Instituição	72% com lugar no quadro Instituição
Pluri emprego	69% com mais de uma actividade profissional	64% com mais de uma actividade profissional
Regime de horário	98% com horário por turnos	96% com horário por turnos
Carga horária semanal	51% com carga horária semanal de 35 horas	55% com carga horária semanal superior a 35 horas
Mudar de profissão	49% vontade mudar profissão	43% vontade mudar profissão
Mudar de Instituição	31% vontade mudar instituição	31% vontade mudar instituição
Mudar de Serviço na Instituição	23% vontade mudar de serviço na instituição	32% vontade mudar de serviço na instituição

## Instrumentos

Utilizou-se para a recolha de dados um questionário que permitiu a caracterização sócio-demográfica e profissional da amostra, avaliar o burnout e o engagement, utilizando adaptações portuguesas cedidas por Marques-Pinto (2009), respectivamente do *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.-H.S.S., Maslach & Jackson, 1997) e da *Utrecht Work Enthusiasm Scale* (U.W.E.S., Schaufeli & Bakker, 2003). A análise da consistência interna dos instrumentos através do coeficiente alfa de Cronbach revelou valores adequados segundo os critérios recomendados por Bryman e Cramer (2003).

## Procedimentos

Os dados obtidos foram recolhidos no primeiro semestre de 2010, junto de enfermeiros que exerciam as suas funções em serviços de urgência e de cuidados intensivos de hospitais públicos da região do Porto, seleccionados em função de contactos prévios estabelecidos (amostra de conveniência quanto ao serviço). Os objectivos da investigação foram apresentados e esclarecidos, e após a autorização formal, os questionários foram distribuídos pelas Chefias dos serviços, por todos os profissionais que se voluntariaram para participar, sendo de auto-preenchimento, confidenciais e com a garantia da anonimização das informações recolhidas, com devolução num envelope fechado. Foi previamente realizado um estudo piloto com 20 enfermeiros com características similares aos indivíduos da população a ser estudada, para verificar ambiguidade de questões, respostas não previstas, não variabilidade de algumas perguntas e tempo estimado de aplicação. Os dados foram tratados com recurso ao SPSS-17, efectuando-se a detecção de *outliers* ou erros de digitação e procedimentos estatísticos para análise descritiva, correlacional (*R Pearson*) e *t Student*.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

A comparação entre os serviços revelou poucas diferenças significativas (Tabela 2), apresentando os enfermeiros do Serviço de Urgência maior despersonalização, mas também maior realização profissional. São também estes profissionais, em relação ao engagement que apresentam índices mais elevados de vigor e dedicação. Os enfermeiros dos cuidados intensivos apresentam-se mais absorvidos com o trabalho. Considerando a dua amostras, pode-se verificar que o burnout é baixo, sendo a realização profissional e o engagement (sobretudo a dedicação) mais elevados.

Tabela 2 - Índices médios das dimensões do burnout e do engagement

Instrumentos	Dimensões	Amostra		S.U.		C.I.		t	p
		M	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.		
MBI HSS (Burnout, escala 0-6)	Exaustão Emocional	2.49	1.127	2.49	1.124	2.49	1.134	-.023	.98
	Despersonalização	1.40	1.150	1.62	1.218	1.18	1.036	3.381	.00
	Realização Profissional	4.18	.912	4.33	.955	4.04	.846	2.737	.01
UWES (Engagement escala 0-6)	Vigor	3.83	1.131	3.93	1.140	3.74	1.119	1.406	.16
	Dedicação	4.26	1.137	4.37	1.166	4.16	1.101	1.578	.12
	Absorção	3.54	1.170	3.53	1.165	3.55	1.178	-.181	.86

Quando questionados sobre os seu grau de satisfação e motivação (utilizando uma escala de 1 a 5, de pouca até muita satisfação/motivação), a amostra apresentou um razoável grau de satisfação e de motivação com o trabalho no momento actual ( $M = 3.21$ ;  $DP=1.06$  e  $M= 3.26$ ;  $DP=1.06$ , respectivamente), apesar de serem inferiores quando comparadas com a motivação com que se iniciaram na profissão ( $M= 4.44$ ;  $DP=0.80$ ). Como principais motivos de insatisfação com o trabalho no momento actual, os enfermeiros referiram o reduzido reconhecimento da profissão (74%), a má remuneração (72%), a insegurança profissional (15%), as condições de trabalho (14%), o pouco tempo disponível para a família ou lazer (12%), o comportamento dos Colegas (11%) e dos Utentes (7%), e o horário de trabalho (5%).

No que se refere à análise correlacional entre as dimensões do burnout e do engagement (Tabela 3), encontraram-se correlações estatisticamente significativas entre quase todas as variáveis, sendo de realçar a correlação negativa da exaustão emocional e da despersonalização com as dimensões do engagement e a correlação positiva entre realização profissional e todas as dimensões do engagement.

Tabela 3 - Correlações entre dimensões do burnout e do engagement

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização Profissional	Vigor	Dedicação
Despersonalização	.411**				
Realização Profissional	-.142*	-.191*			
Vigor	-.296**	-.197**	.669**		
Dedicação	-.317**	-.246**	.669**	.821**	
Absorção	-.068	-.115*	.517**	.789**	.728**

\* Correlação significativa ao nível de 5% \*\* Correlação significativa ao nível de 1%

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados encontrados revelam que esta amostra está razoavelmente satisfeita e motivada no seu contexto laboral, estando as causas de descontentamento associadas essencialmente às questões do reconhecimento profissional, remuneração e instabilidade profissional, o que se compreende tendo em conta o actual momento político e socioeconómico que Portugal atravessa. Apesar destas contrariedades, estes enfermeiros apresentam níveis satisfatórios de engagement e ausência da síndrome de burnout, uma vez que se constatou uma elevada realização profissional e baixa despersonalização, com índices médios mais altos nos enfermeiros do serviço de urgência. No entanto e se considerarmos o “efeito do trabalhador sadio” referido em alguns estudos (Carlotto, 2009; Benevides-Pereira, 2002), verificamos que existem enfermeiros já “desgastados emocionalmente”, exercendo as suas funções em ambos os serviços, encontrando-se em risco de “adoecerem pelo trabalho” e comprometerem a qualidade do seu desempenho profissional (Golembiewsky et al., 1993; Ortega & Lopez, 2004).

Verificou-se também que os enfermeiros do serviço de urgência são mais vigorosos, dedicados e mais realizados profissionalmente do que os profissionais das unidades dos cuidados intensivos, que estão mais absorvidos com o trabalho. Este resultado coincide com a literatura (Schaufeli et al., 2002; Salanova & Schaufeli, 2007), podendo estar relacionado com as características dos serviços e com a tarefa funcional desempenhada por estes profissionais. Os serviços de urgência e dos cuidados intensivos exigem dos enfermeiros elevadas competências técnico-científicas e relacionais, que têm que ser aplicadas em contextos diferentes, como tem sido demonstrado na literatura (Cornelius & Carlotto, 2007; Dias & Queirós, 2010). O serviço de urgência, enquanto “serviço aberto”, oferece diariamente aos seus profissionais situações inesperadas, contactos mais breves com Utente (e familiares), cujo objectivo assenta na estabilização para o posterior encaminhamento para um outro contexto mais adequado às necessidades dos Utentes. As unidades de cuidados intensivos são serviços “fechados”, com Utentes cujo estado de saúde é crítico e instável, acompanhado por uma tecnologia avançada mas com uma retaguarda médica muito próxima e cuidados muito especializados. As necessidades sentidas pelos enfermeiros nas suas realidades profissionais podem, de uma forma positiva, impulsioná-los para um maior investimento na profissão e na dedicação dispensada, tornando-os mais “engaged”.

As correlações encontradas entre o burnout e o engagement são corroboradas pela literatura (Cardoso, 2008; Jesus, 2009; Schaufeli & Backer, 2004; Salanova & Schaufeli, 2007), demonstrando que os enfermeiros mais vigorosos, dedicados e absorvidos com o seu trabalho encontram-se mais satisfeitos profissionalmente e apresentam menor exaustão emocional e despersonalização.

## CONCLUSÕES

A síndrome do burnout pode acontecer em qualquer categoria profissional, uma vez que o stress laboral prolongado tem um impacto negativo nas diferentes dimensões da vida do indivíduo, fragilizando a gestão das suas fontes de stress. O engagement é essencial para a sua saúde e bem-estar mental, ajudando a lidar com as elevadas exigências no trabalho e permitindo aos enfermeiros que sobrevivam em ambientes adversos, exigentes e em constante mudanças, contribuindo ainda para a qualidade dos cuidados prestados aos Utentes. Considerando as evidências empíricas encontradas no presente estudo, parece-nos imperativo que as instituições de saúde sejam sensibilizadas para a necessidade criar oportunidades para os seus profissionais se tornarem mais “engaged” (Schaufeli & Salanova, 2007). Cuidando destes, estarão a melhorar também os cuidados prestados aos Utentes. Para terminar, o estudo apresenta algumas limitações, tendo carácter exploratório e utilizando enfermeiros de apenas dois serviços hospitalares. Sugere-se que outros estudos com esta população sejam efectuados para aprofundar outras variáveis e factores que possam contribuir para uma melhor compreensão desta problemática, uma vez que se trata de uma área emergente em Portugal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAKKER, A.B.; LE BLANC, P.M.; SCHAUFELI, W.B. - Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 51, n.º 3 (2005), p. 276-287.
- BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. - *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BRYMAN, A.; CRAMER, D. - *Análise de dados em ciências sociais, introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora, 2003.
- CARLOTTO, M. S. - A relação profissional-cliente e a Síndrome de Burnout. *Revista Encontro*. Vol. XII (2009), p. 7-20.
- CORNELIUS, A.; CARLOTTO, M. S. - Síndrome de Burnout em profissionais de urgência. *Psicologia em Foco*. Vol. 1, n.º 1 (2007), p. 15-27.
- DELBROUCCCK, M. - *Síndrome de exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- DIAS, S.; QUEIRÓS, C. - Burnout, hardiness e satisfação com o trabalho em enfermeiros. In CRUZ A. (eds.) - *Livro de Resumos do I Congresso Internacional da Saúde Gaia-Porto*. Gaia: ESTSP-IPP, 2010, p.75.
- DIAS, S.; QUEIRÓS, C.; CARLOTTO, M.S. - Síndrome de burnout e factores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal, *Aletheia*. Vol. 32 (2010), p. 4-21.
- FREUDENBERGER, H.J. - Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. Vol. 30, n.º 1 (1974), p. 159-165.
- GOLEMBIEWSKY, R.T; SCHERB, K.; BOUDREAU, R.A. - Burnout in cross – national settings: generic and model – specific perspectives. In SCHAUFELI, W.B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (orgs.) - *Professional burnout, recent developments in theory and research*. Philadelphia: Taylor & Francis, 1993, p. 217- 236.
- JENKIS, R.; Elliott, P. - Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 48, n.º 6 (2004), p. 622-631.
- JESUS, T. - Burnout e engagement dos Técnicos de Ambulância de Emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica. [Lisboa]: FPCEUL, 2009. Dissertação de Mestrado.
- LEITER, M.P. - Burnout as a crises in self-efficacy: Conceptual and practice implications. *Work & Stress*. Vol. 6 (1992), p.107-115.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. - Job burnout. *Annual Review of Psychology*. Vol. 52 (2001), p. 397-422.
- MASLACH, C.; Jackson, S.E. - *MBI: Maslach Burnout Inventory, Manual Research Edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986.
- MASLACH, C.; JACKSON, S.- *MBI – Inventario “Burnout” de Maslach – syndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial – manual*. Madrid: TEA, 1997.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B. - Historical and conceptual development of burnout. In SCHAUFELI, W.B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (eds.) - *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, New York: Taylor & Francis, 1993, p. 1-16.
- ORTEGA, R.C.; LÓPEZ, R. F. - El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 4, n.º 1 (2004), p. 137-160.

PINES, A.; ARONSON, E. - *Career Burnout – causes and cures*. s.l.: Free Press, 1989.

SCHAUFELI, W.; BAKKER, A. - UWES – UTRECHT WORK ENGAGEMENT SCALE - *Preliminary Manual*. Utrecht: Occupational Health Psychology Unit - Utrecht University, 2003.

SCHAUFELI, W.; SALANOVA, M.; GONZÁLEZ-ROMÁ, V.; BAKKER, A.B. - *The measurement of engagement and burnout: A two-sample confirmatory factor analytic approach*. *Journal of Happiness Studies*. Vol. 3 (2002), p. 71-92.

SCHAUFELI, W.; BAKKER, A. - Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*. Vol. 25, n.º 3 (2004), p. 293-315.

SCHAUFELI, W.B.; SALANOVA, M. - Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. In S.W. GILLILAND, D.D. STEINER; D.P. SKARLICKI (eds.) - *Research in Social Issues in Management (Volume 5): Managing Social and Ethical Issues in Organizations*. Greenwich: Information Age Publishers, 2007, p. 135-177.

CARDOSO, T. - *Engagement nos enfermeiros: O Papel do Suporte Social no Bem-Estar dos Enfermeiros*. [Lisboa]: FPCEUL, 2008. Dissertação de Mestrado em Psicologia.

## QUALIDADE DE VIDA: DO CONCEITO À TOMADA DE DECISÃO ÉTICA

Ribeiro, T.T. \*  
França, A.P. \*\*  
Mendes, A. \*\*  
Ourives, A. \*\*  
Pinto, C. \*\*  
Ribeiro, I. \*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto; e-mail: teresatome@esenf.pt

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto

## RESUMO

A “qualidade de vida” é frequentemente usada como critério na resolução de problemas da prática de cuidados, nomeadamente em situações clínicas que envolvem dilemas éticos. A subjectividade deste conceito pode levar a sentidos de orientação na actuação/intervenção que não dignifiquem a pessoa humana.

Tendo como finalidade consciencializar os profissionais de saúde sobre a utilização deste critério e sobre as potenciais consequências da sua utilização na prática de cuidados, foi realizado um estudo exploratório com o objectivo conhecer de que modo é utilizado o critério QV na resolução de dilemas éticos na prática de cuidados.

Foram inquiridos 153 enfermeiros, a frequentar cursos de pós-graduação na ESEP, reportando-se a situações profissionais em que tenham sido confrontados com tomadas de decisão baseadas na QV e também quanto à apreciação das questões éticas levantadas por essas decisões. Os dados recolhidos foram armazenados no programa estatístico SPSS. As situações narradas foram analisadas através de análise de conteúdo.

Verificamos que o conceito de QV é utilizado por 72,8% dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde. Relativamente às tomadas de decisão, é nos cuidados de enfermagem que este conceito tem maior expressão (81,7%). A quase totalidade dos enfermeiros (99,3%) não tem dúvida de que a ponderação da QV levanta questões éticas nos cuidados de saúde, principalmente aos enfermeiros.

Quanto ao conceito QV, apresenta-se subjectivo e complexo tendo emergido várias categorias.

A diversidade nos conceitos encontrados e a vastidão das situações em que é utilizado, leva-nos a perceber a necessidade dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, se consciencializem da sua utilização sobretudo dos seus potenciais efeitos. Para tal, consideramos que não deverá ser um critério a ser usado como pilar da tomada de decisão mas sim como complemento na reflexão. Caso contrário poderá conduzir a decisões eticamente incorrectas.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; decisão ética

## ABSTRACT

Very often the concept of quality of life (QL) is used as a tool to make decisions in clinical practice in difficult cases with ethical dilemmas, especially in surgical or intensive units settings. As the concept has some subjective fragilities it is possible to assume some decisions not in accordance with human dignity.

In order to alert the health care workers about the possible liberal use of QL in taking clinical decisions and its eventual consequences, an exploratory study was done to evaluate how this concept is used in clinical practice in order to judge some ethical questions.

A query about how often some clinical decisions were strongly related to QL and which ethical problems resulted from them, was applied, using the personal experience of 153 nurses doing a post graduate course in ESEP

(Escola Superior de Enfermagem do Porto). The answers were analysed by study of the content of each query, using SPSS program.

QL consideration were used by 72,8% of that group of nurses in their current care practice, with impact in clinical decisions in 81,7% of cases; nevertheless 99,3% reported strong doubts about the use of QL criteria, feeling uncomfortable with the ethical issues that its use prompted. They also felt that QL is a complex and subjective tool.

In conclusion we think, that with all the problems of ambiguity and complexity with the definition(s) of QF, it is very important to try to standardize for each particular situation, better criteria and do not use this concept in general practice, as a strong base for taking important clinical decisions in nurse care.

**Keywords:** quality of life, ethical decision

## INTRODUÇÃO

Ser enfermeiro frequentemente envolve, quer implicitamente, quer explicitamente, a escolha por uma posição moral, o que nos leva a afirmar que é uma profissão iminentemente moral (Tineke et al, 2009).

O desenvolvimento da ciência médica, da tecnologia e dos recursos disponíveis em saúde, por um lado, assim como o envolvimento e a participação do doente e da família nas decisões em saúde, por outro lado, coloca os profissionais de saúde perante uma diversidade de dilemas morais que cada vez mais exigem respostas adequadas e bem fundamentadas.

Para isso é importante que os enfermeiros estejam preparados para responderem a estes dilemas e deste modo definirem bons cuidados (Tineke et al, 2009). Para este autor, a questão moral central tem este enquadramento: O que devo eu fazer por esta pessoa, neste particular momento e nesta situação?

Ao tentarmos percorrer estes passos de forma a termos segurança no que decidimos e como o decidimos, verificamos que o conceito de qualidade de vida (QV) é frequentemente apresentado como critério para a tomada de decisão ética. Ora, a subjectividade deste conceito pode levar a sentidos de orientação na actuação/intervenção que não dignifiquem a pessoa humana.

Tendo como finalidade consciencializar os profissionais de saúde sobre a utilização deste critério e sobre as potenciais consequências da sua utilização na prática de cuidados, está a ser realizado um estudo exploratório com o objectivo principal de conhecer de que modo é utilizado o critério QV na resolução de dilemas éticos na prática de cuidados.

## CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA (QV)

O conceito de qualidade de vida surge na segunda metade do séc. XX quando ocorre a melhoria global de condições de vida, decorrente da redução de conflitos militares à escala mundial, um crescente desenvolvimento

técnico-científico que contribui para implementação de novas perspectivas terapêuticas, a redução da mortalidade e da morbidade infantil e o aumento da esperança de vida, com atenção ao impacto ambiental. Atribui-se actualmente muito valor à necessidade de viver bem, melhorando a qualidade do tempo de vida e a condição global da humanidade (Leone, 2009, p. 1509-1520).

A qualidade de vida, conceito individual e perceptivo, depende do sistema de valores de cada pessoa, assim como de condicionantes emocionais e pessoais, associadas a factores socioeconómicos, culturais, espirituais e também a interesses, expectativas, experiência de vida e circunstâncias objectivas do momento. É um termo com representação pública, mas também com percepção individual, podendo modificar-se na mesma pessoa e ao longo do tempo sendo, por isso, um fenómeno subjectivo, multifacetado e complexo, particularmente quando relacionado com situações de vulnerabilidade/fragilidade da pessoa em qualquer uma das suas dimensões.

Num estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objectivo principal de elaborar um instrumento de avaliação da QV numa perspectiva internacional e multicultural, foi definida qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995, p.1405).

Actualmente, face à vida e situação de saúde/doença, dá-se ênfase não só à capacidade da pessoa em desenvolver as suas actividades diárias e desempenho do seu papel como membro da sociedade, mas também a elementos considerados positivos como a felicidade, o bem-estar social e emocional e a qualidade de vida.

A doença e/ou o sofrimento, acontecimento humano complexo e dinâmico, é percebido de acordo com o impacto físico e psicossocial que essa doença, disfunção ou incapacidade tem e o seu significado para a pessoa. Recorrendo à definição de saúde da OMS datada de 1948, o facto de a pessoa *estar bem* – critério objectivo e de cariz sociocultural, não é semelhante a *sentir-se bem* - critério subjectivo, perceptivo e de interpretação integral de saúde. Torna-se assim importante a intercepção destes critérios para a definição de saúde e para a prestação de cuidados de saúde.

Nesta perspectiva, a qualidade de vida é um conceito dinâmico e de percepção individual, que corresponde à concepção de bem-estar geral e de equilíbrio pessoal, associando as várias dimensões da saúde: física - funcionamento orgânico eficiente que se traduz em bem-estar biológico; psicológica - experiência e vivência subjectiva e de interligação corpo/mente, sendo o sujeito que define a sua própria qualidade de vida; sócio-ambiental - que envolve a relação do homem com o meio ambiente em que está inserido, incluindo também as condições laborais, familiares, alimentação assim como o desenvolvimento económico, política ambiental e da saúde; ético-espiritual - a pessoa é agente responsável pela sua própria saúde, pelo que, para a sua manutenção, estão implícitos valores que fundamentam a vida.

Os profissionais de saúde, no seu agir, devem ter sempre em atenção estas quatro dimensões da saúde uma vez que, só desta forma, se pode proporcionar uma boa qualidade de vida na perspectiva individual.

Marciano Vidal (1993, p. 460) diz que a QV é “a realização para o maior número possível de homens e mulheres e pelo tempo mais longo possível, das condições de vida correspondentes à dignidade humana”. Assim, a QV é um imperativo do ethos humano, não relacionada com a ausência de sofrimento e de adversidades mas, pelo contrário, é a conquista para o maior número possível de pessoas, de uma vida digna e com sentido.

Tornamo-nos responsáveis pela QV uns dos outros, promovendo um mundo mais justo e transmitindo o “gosto de viver” na liberdade e com responsabilidade. Por isso, o sentido ético é o motor da qualidade de vida que designa a auto-realização plena da pessoa humana, no encontro com a sua própria identidade.

Existe ainda quem associe QV ao conceito de bem-estar subjectivo e que compreende o domínio da psicologia social, psicologia da saúde e psicologia clínica. Este conceito surgiu pela primeira vez na tese de Wilson e está relacionado com outros dois conceitos: o de Satisfação e o de Felicidade (Wilson, 1967).

No âmbito da bioética, importa reflectir sobre as atitudes dos enfermeiros que se relacionam com a QV das pessoas que têm ao seu cuidado. Sendo assim, e numa visão mais abrangente e integradora, tende a analisar-se quais as atitudes que fazem com que a vida do outro seja verdadeiramente mais humanizada.

## A TOMADA DE DECISÃO ÉTICA

A tomada de decisão ética é também um processo de resolução de problemas no nosso quotidiano profissional. Mas a ética não é somente um meio para encontrar tarefas e princípios mas sim um meio para uma prática racional (Tineke et al, 2009). Como afirma Lucília Nunes, “estaremos de acordo que pensar é um exercício de reflexão e de consciência. Debruça-se e refere-se aos valores que integramos, às condutas que temos, às atitudes que valoramos, às procuras que fazemos, em suma, aos perfis das pessoas em que nos queremos ir tornando” (Nunes, 2006).

A tomada de decisão perante dilemas éticos confronta-nos com a capacidade de sabermos decidir sobre quais os critérios a valorizar. Assim, temos variáveis individuais (idade, género, desenvolvimento moral, cognitivo e educacional) e situacionais (cultura organizacional, ambiente, contexto de trabalho) com impacto na tomada de decisão ética (McDevitt et al, 2007). Num dilema ético é importante compreender as variáveis que os indivíduos enfrentam quando tomam decisões. Na busca de soluções há que ponderar as alternativas possíveis, baseado em princípios, valores e deveres, num referencial de justiça, beneficência, não maleficência e respeito pela autonomia e auto-determinação da pessoa (Beauchamps & Childress, 1978).

Nas interacções profissionais, o processo de tomada de decisão pode envolver a ética principialista que prescreve normas de conduta, os direitos humanos individuais e colectivos (UNESCO, 2005), uma ética das virtudes no agir profissional (Platão, Aristóteles), e ética situacional em liberdade, alteridade e objectividade como essência do cuidar e da enfermagem. Existem vários modelos para a tomada de decisão, todos com qualidade e algumas limitações. Mas, independentemente de modelos ou correntes de pensamento em bioética, quando decidimos

agir ou abstermo-nos de agir perante um dilema ético ou moral, a consciência moral apresenta-se como mediadora de qualquer decisão tomada.

Malherbe (1987:73) define consciência moral como «a capacidade que o homem recebeu em partilha, de discernir, até mesmo de inventar, como agir numa dada situação em conformidade com os seus valores». Na decisão moral estão, assim, presentes três aspectos: os valores - quer estes tenham sido legados ou fruto da nossa própria pesquisa e empenhamento na procura do melhor agir; as situações - dilemas problemáticos que nos impelem a uma decisão moral e que muitas vezes apelam a uma certa inventividade; e por fim a intercessão da consciência moral, através da qual analisamos a situação e integramos os nossos valores, de modo a decidir qual a acção mais adequada. A decisão moral possui, deste modo, três elementos (Malherbe,1987:74): o sentido – que vai buscar à hierarquização de valores; o enraizamento histórico – da própria situação; e a validade – fruto da liberdade da consciência. A negligência de cada um destes três elementos leva à possibilidade de três perversões da ética, respectivamente: o situacionismo, o tradicionalismo e o autoritarismo.

Também neste sentido e no âmbito da enfermagem, Lucília Nunes (2006) explica-nos que “as decisões morais têm de ser fundamentadas pelo menos em 5 elementos: numa cuidadosa deliberação racional sobre os factos existentes, no exame dos princípios morais relevantes, na apreciação das opções e possibilidades (chamo-lhes «cenários»), na monitorização dos efeitos e consequências das acções e na identificação de lições para o futuro”.

O teólogo Louis Vereecke (1997:76), indica alguns factores que aceleraram, hoje em dia, a valorização da consciência individual: a relativização das normas objectivas absolutas causada pelo encontro de contextos culturais heterogéneos; uma desvalorização da objectividade moral, devida sobretudo aos estudos da psicologia que analisam a formação da consciência moral e ainda a impossibilidade das estruturas sociais, nomeadamente as jurídicas, se adaptarem às mudanças dos nossos tempos. A pessoa é assim chamada a reflectir e a formar a sua consciência, de modo a ser capaz de decidir livremente a sua acção, em muitas questões em que outrora as decisões a tomar estavam prévia e claramente definidas, quanto à sua moralidade.

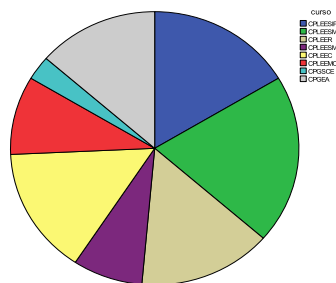
## METODOLOGIA

O nosso estudo tem como população os enfermeiros no exercício dos cuidados e o instrumento de recolha de dados é um questionário dirigido aos enfermeiros, constituído por respostas fechadas para a caracterização da amostra e por questões abertas, para a identificação do conceito e das questões que este levanta na sua utilização. Os dados quantitativos foram guardados no programa SPSS, versão 19, analisados através da estatística descritiva e os dados qualitativos através de uma técnica de análise de conteúdo.

## RESULTADOS

A nossa amostra é composta por 153 enfermeiros a frequentar cursos de pós-graduação na ESEP (gráfico 1), sendo 85,6% (131) do sexo feminino e 14,4% (22) do sexo masculino, com idades compreendidas entre 22 e 57 anos (média 31,37 Dp 6,1 anos).

Gráfico 1: Distribuição das respostas dos enfermeiros por curso de pós-graduação que frequentam



O tempo de actividade profissional está compreendido entre <1 ano a 36 anos, apresentando uma distribuição bimodal (4 e 12 anos respectivamente).

A maioria dos enfermeiros trabalhou em mais do que um serviço, com maior percentagem em serviços de Cirurgia e especialidades cirúrgicas (51,7%), Medicina e especialidades médicas (41,1%), Centro Saúde/USF (34,4%), Urgência e Cuidados Intensivos (21,2%).

Relativamente à análise de conteúdo dos dados sobre o conceito de QV destes enfermeiros podemos perceber que este conceito foi definido, fundamentalmente, em 4 categorias:

- Uma “vivência” que inclui algumas características, de onde se salientam como mais referidas, o facto de poder coexistir na presença de doença e incapacidades/limitações, o viver bem/viver o melhor possível e o lazer.
- Ter “condições”, sendo estas de ordem geral, específica, ou capacidades: a dependência de um conjunto de condições, que os enfermeiros não foram capazes de definir, foi o dado mais relevante da primeira sub-categoria; das condições de ordem específica sobressaem, por ordem decrescente, a saúde, a família e o dinheiro; quanto às capacidades necessárias para ter QV são apresentadas, também pela mesma ordem, as capacidades necessárias ao desenvolvimento das Actividades de Vida Diária, as necessárias para se ser independente/autónomo e as que prendem com a satisfação das Necessidades Humanas Básicas.
- Um “sentimento”, maioritariamente de bem-estar, que muitos referem de uma forma geral, mas que muitos também especificam, de modo mais veemente o bem-estar físico, psíquico e social. Para além do bem-estar os inquiridos dão importância, entre outros factores, à realização (pessoal e profissional) e ainda à felicidade.
- “Não ter” é uma quarta categoria que emerge desta análise e, se bem que com uma enumeração mínima (apenas 7 enfermeiros a referiram), consideramos relevante salientar o facto de a ausência de algumas condições ser apresentada como essencial para se possuir QV.

Quanto à frequência da utilização do conceito de QV na prestação de cuidados de saúde, 72,8% afirmam utilizá-lo com frequência, considerando que são os enfermeiros (99,3%) quem mais invoca este conceito, seguidos pelos médicos (58,2%), pela família (54,9%) e pelo doente (50,3%).

Relativamente às tomadas de decisão baseadas no conceito de QV, é nos cuidados de enfermagem que têm maior expressão (81,7%) como podemos verificar no quadro 1.

#### Quadro 1 - Circunstâncias na tomada de decisão baseada no conceito de QV

Circunstância na tomada de decisão	n.º	%
baseada no conceito de QV		
Cuidados de enfermagem	125	81,7
Tratamentos a iniciar	106	69,3
Tratamentos a interromper	98	64,1
Internamento e transferência	64	41,8
IVG	20	13,1
Outros	3	2

É interessante verificar que os enfermeiros quando invocam este conceito, 84,3% fazem-no centrados na perspectiva do utente. Por esse motivo, consideram ser mais importante o que pensa o utente, só em seguida o que eles pensam (69,3%), depois o que pensa a família (49%) e a equipe de saúde (43,3%). Mas para a grande maioria dos enfermeiros (84,2%) o que se apresenta central para a tomada de decisão é mesmo o que o doente pensa sobre o assunto.

A quase totalidade dos enfermeiros (99,3%) não tem dúvida em afirmar que a ponderação da QV levanta questões éticas nos cuidados de saúde e reconhece que levanta essencialmente aos enfermeiros (88,9%) aos médicos (72,5%) e em menor percentagem ao doente e família (respectivamente 47,7% e 47,1%).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Qualidade de Vida surge na visão destes enfermeiros, um grupo bastante heterogéneo nas suas diversas dimensões, como um conceito subjectivo e nitidamente multidimensional muito de encontro aos dados referidos por estudos anteriores.

As categorias principais centram-nos num conceito marcado pelo sentir algo e possuir algumas condições sem as quais se coloca em risco a QV. O conceito surge muito ligado a um sentimento de bem-estar físico, mental e social, de certo modo coincidente com o conceito de saúde da OMS, por sua vez muito valorizada como condição para se possuir QV. A presença da família e das relações familiares surge também como factor interveniente e com um peso relevante.

Também nos parece interessante salientar que se associam ao conceito aspectos vincadamente hedonistas como o dinheiro, o prazer ou o lazer, entre outros, provavelmente influenciados pelas características da sociedade actual e que parecem poder ter um peso substancial no desenvolvimento deste conceito.

Não ter problemas, dor, sofrimento, limitações ou doenças aparecem como condições para se ter QV na opinião

de 7 enfermeiros, enquanto para outros (6) a QV pode coexistir com a doença ou as incapacidades, emergindo uma certa dissonância que, se bem que pouco significativa, nos atesta da subjectividade deste conceito, mesmo entre uma classe directamente implicada com estas realidades.

Uma análise prévia dos dados do questionário, relativos às circunstâncias em que se utiliza este conceito como critério de decisão ética, parece indiciar uma prevalência em circunstâncias críticas, como as decisões de reanimar/não reanimar, as decisões terapêuticas e cirúrgicas, mas também as decisões necessárias ao planeamento dos cuidados de enfermagem fazendo, portanto, parte do dia-a-dia do trabalho do enfermeiro. Torna-se ainda necessário, após a conclusão da análise deste aspecto, a compreensão das ligações entre as decisões a tomar e os princípios éticos e deontológicos.

A multidimensionalidade do conceito encontrado e a vastidão das situações em que é utilizado leva-nos a perceber, desde já, a necessidade dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, se consciencializem da sua utilização sobretudo dos seus potenciais efeitos. Para tal consideramos que não deverá ser um critério a ser usado como pilar da tomada de decisão mas sim com complemento na reflexão. Caso contrário poderá conduzir a decisões eticamente incorrectas.

Hans Jonas (1994) lembra-nos que “a natureza qualitativamente nova de certas acções, abriu uma dimensão nova do significado ético, para a qual não existe precedente nos modelos e canones da ética tradicional”. Perante esta reflexão consideramos central na formação dos enfermeiros desde o primeiro ciclo até níveis mais diferenciados de formação existir nos currículos conteúdos, trabalhados de formas diversas, que os capacitem a tomarem decisões, partindo de quadros éticos nos quais a Pessoa seja respeitada em todas as suas dimensões.

Ao longo deste trabalho tivemos presente que “a responsabilidade é o cuidado, reconhecido como dever, por outro ser, cuidado que, dada a ameaça da sua vulnerabilidade, se converte em preocupação” (JONAS, 1995).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. - *The principles of biomedical ethics*. New York: Oxford, 1978.
- BUSS, P.M. - Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Colectiva*. Vol. 5, n.º 1 (2000), p. 163-177.
- CAMPBELL, A.; CONVERSE, P.E.; ROGERS, W.L. - *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundations, 1976.
- Catecismo da Igreja Católica* – Versão oficial portuguesa sob a orientação de D. Albino Mamede Cleto. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1993.
- DEVLIN, B.; MAGIL, G. - The process of ethical decision making. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. Vol. 20, n.º 4 (2006), p. 493-506.
- FERREIRA, P.L.; MELO, E. - Percepção de saúde: validação intercultural do perfil de saúde Nottingham. *Nursing*. Vol. 135 (Jul./Ago., 1999), p. 23-29.

- FLECK, M. P. [Col.] - *A avaliação da Qualidade de Vida. Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FLECK, M. P. [et al.] - Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 21 (1999), p. 21-28.
- GALINHA, I.; RIBEIRO, J.L. - História e Evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Vol. 6, n.º 2 (2005), p. 203-214.
- GILL, T. M. [et al.] - A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 272 (1994), p. 619-626.
- GOLDIM, J. - Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*. Vol. 53, n.º 1 (2009), p. 58-63.
- HERMSEN, MAAIKE; HAVE, HENK TEN - Decision-making in palliative care practice and the need for moral deliberation: a qualitative study. *Patient Education and Counseling*. Vol. 56 (2005), p. 268-275.
- JONAS, H. - *Ética, medicina e técnica*. Lisboa: Editora Passagens, 1994.
- JONAS, H. - *El principio de Responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Editorial Herder, 1995.
- KING, C. R.; HINDS, P. - *Quality of life from nursing and patients perspectives. Theory, research, practice*. Boston: Jones and Bartlett Pub., 1998.
- LADRIÈRE, Jean - *L'Éthique dans l'Univers de la Racionalité*. Canadá: Edição Artel, 1997.
- MALHERBE, Jean-François - *Pour une Éthique de la Médecine*. Paris: Larousse, 1987.
- MEULDERS, Michel - Finalité et neurosciences. *Revue d'éthique et théologie morale*. Vol. 206, Sup. (1998), p. 123-148.
- MINAYO, M.C.; HARTZ, Z.M.; BUSS, P.M. - Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Colectiva*. Vol. 5, n.º 1 (2000), p. 7-18.
- McDEVITT, R.; GIAPPONI, C.; TROMLEY, C. - A model of ethical decision making: The integration of process and content. *Journal of Business Ethics*. Vol. 73 (2007), p. 219-229.
- SGRECCIA, E. - *Qualidade de vida e ética da saúde*. Assembleia Geral da Pontifícia Academia para a Vida. 17 de Fevereiro de 2005. [Consult. 05 de Janeiro de 2010] URL: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/pontifical\\_academies/acdlife/documents/rc\\_pont-acd\\_life\\_doc\\_20050217\\_etica-salute\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pont-acd_life_doc_20050217_etica-salute_po.html).
- TINEKE A. ABMA ABERT MOLEWIJK A GUY A. M. WIDDERSHOVEN - Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation. *Health Care Anal.* Vol. 17 (2009), p. 217-235.
- VIDAL, M. - *Para conhecer a ética cristã*. São Paulo: Edições Paulinas, 1993.
- VILAR, F.J.; SALGADINHO; S.I. - Do conceito de qualidade de vida à qualidade de vida como conceito. *Revista Enfermagem em Foco*. n.º 57 (Out./Dez., 2004), p.34-36.

WHOQOL - The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Society of Sciences Medical*. N.º 41 (1995), p.1403-1410.

WHOQOL - The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Society of Sciences Medical*. N.º 46 (1998), p.1569-1585.

WILSON, W. - Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*. N.º 67 (1967), p. 294-306.

UNESCO. *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Paris: UNESCO, 2005.

VERECKE, Louis - «La conscience: Jalons d'histoire». In: *Le Supplément - Revue d'éthique et théologie moral*. N.º 204 (1997), p. 75-101.

ZEIDL, E. M.; ZANNON, C.M. - Qualidade de Vida em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 20, n.º 2 (2004), p. 580-588.

# ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE: PERSPECTIVA BIOÉTICA

Ribeiro, I.L. \*

## RESUMO

A pessoa compreende várias dimensões - bio-psico-social, afectiva, espiritual, política, cultural, económica -, é um ser de relação que se realiza na interacção com o outro, necessitando desse outro para a sua sobrevivência. Tem consciência de si, sabe como actuar para atingir o seu fim e é, pela dimensão espiritual, que toma consciência da realidade vivida. Esta *consciência espiritual* constitui um factor determinante para o modo como vive a sua própria vida, as suas crenças e os seus valores, face às diversas realidades, concretamente face ao sofrimento e à doença, pois é um ser intrinsecamente vulnerável e finito.

Partindo desta realidade, surge uma inquietação pessoal sobre o modo de ser e de estar dos enfermeiros na atenção à pessoa, cliente em cuidados de saúde. Daí a reflexão e a pesquisa efectuadas, incluindo a bibliográfica e publicações *online*, sobre temas como a bioética, cuidados de saúde, espiritualidade, qualidade de vida na doença, com o objectivo de constituir instrumento de reflexão para o agir do profissional no cuidado integral à pessoa.

O profissional de saúde, porque pessoa ao serviço da vida, está intrinsecamente ligado à fragilidade/doença. Tem por dever o respeito pelos princípios e valores da pessoa humana, pela promoção do bem para com o outro tal como ele o compreende, estar atento ao sofrimento total e às suas necessidades como ser humano.

É na relação com o outro que se gera um movimento de transcendência pelo qual o indivíduo sai de si e pode ter vivência positiva do sofrimento. Neste contexto, emerge a pertinência de reflexão sobre a espiritualidade, pretendendo-se também motivar os profissionais de saúde, concretamente os enfermeiros, a incluir esta dimensão nos focos de atenção à pessoa que necessita de cuidados de saúde, como meio para promover a vida e particularmente a qualidade de vida, face à vulnerabilidade da pessoa humana.

**Palavras-Chave:** Bioética; espiritualidade; qualidade de vida; saúde

## ABSTRACT

The person has several dimensions - bio-psycho-social, emotional, spiritual, political, cultural and economic - it is a being of relation that depends on the relationship with the other for its own survival. It is aware of itself, knows how to act to achieve their goal and it is aware of the reality through the spiritual dimension. This "spiritual awareness" is the determining factor for how the person lives its own life, its beliefs and values given the diverse realities, namely when facing suffering and disease, because it is an intrinsically vulnerable and finite being.

From this fact arises a personal concern about the way of being of nurses in the care of the person and healthcare customer. Hence the reflection and research being done, including literature and online publications on topics such as bioethics, health care, spirituality, quality of life in illness, with the purpose of forming a reflection tool for the healthcare professional act when treating a person.

For his service to life, the healthcare professional is intrinsically linked to weakness and disease. He has the duty to respect the principles and values of the human person, to promotion of good for other as he understands it, to be aware of suffering and its needs as a human being.

It is in the relation to the other that a movement of transcendence is generated by which one comes out of himself and is able to have a positive experience of suffering. In this context, emerged the relevance of reflection on spirituality, the aim being also to motivate healthcare professionals, particularly nurses, to include this dimension in the foci of attention to the person needing care, as a means to promote life and particularly the quality of life, given the vulnerability of the human person.

**Keywords:** Bioethics; spirituality; quality of life; health

## INTRODUÇÃO

A espiritualidade é um processo de desenvolvimento pleno, adequado, apropriado e harmónico das capacidades espirituais do homem.

O ser humano é um todo, entidade corpórea e espiritual, por isso um ser pessoal e um ser social em simultâneo, que tem intrínseca uma dignidade que, segundo a Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina (CE, 1997), não é só a dignidade do ser humano enquanto indivíduo, mas da família humana, da humanidade.

Também, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2003, p. 1284), pessoa é o “ser humano considerado na sua individualidade física e espiritual” e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) refere no seu prefácio que “a identidade da pessoa tem dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais”.

Quando doente, a pessoa não fica apenas afectada no corpo, mas todo o seu ser é alterado pela doença. Por isso, não é possível a recuperação total da pessoa, mesmo que técnica e cientificamente atingível, se se ignora a dimensão espiritual. Segundo Gadamer, curar implica ajudar na vida, estando implícito o diálogo na relação de cuidados de saúde.

## BIOÉTICA E ESPIRITUALIDADE

A bioética, ciência multidisciplinar, baseia-se no estudo sistemático da natureza humana, também relacionada com as ciências da vida e da saúde, tem como *objecto* a pessoa e o respeito pela dignidade. Emerge da necessidade de reflexão sobre o impacto da evolução científica e tecnológica na pessoa humana, no ambiente, nos seres vivos em geral e na manutenção do ecossistema, bem como na preocupação para com a vida e a qualidade de vida para as gerações futuras. Percorre o caminho reflexivo sustentando-se na responsabilidade, nos princípios éticos e morais, nos valores humanos, visando a protecção e a promoção da vida e do meio ambiente. Neste sentido, é pela actividade humana consciente, partilhada e fundamentada, que se entrecruza a espiritualidade, dinamizadora da reflexão que tem por objectivo a consistência das decisões e das atitudes, constitutivas do agir dos profissionais, concretamente no avassalador (porque em evolução permanente e em grande escala) mundo da saúde.

Neste contexto, uma das áreas de intensa aplicabilidade, utilização de princípios da bioética e que envolve uma multiplicidade de áreas disciplinares como base para a contínua actividade humana reflexiva, insere-se o vasto âmbito da ética nas profissões da área da saúde, reconhecidas na sociedade e também determinadas pelos deveres e pelos compromissos que assumem no seu desempenho, dado que visam a protecção, a promoção e o cuidado à vida valorizando-se, cada vez de modo mais consistente, a qualidade de vida.

Também o Código Deontológico do Enfermeiro<sup>1</sup> (CDE) refere que “o enfermeiro assume o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida”.

Todas as pessoas devem ser tratadas com o respeito e a dignidade moral que todo o ser humano merece, pelo mero facto de ser pessoa - a raiz da dignidade humana advém da realidade de ser considerado como pessoa e não como instrumento. É perante a doença e particularmente em situação de internamento, que se colocam questões éticas aos profissionais de saúde, concretamente para a tomada de decisão atempada e eficiente.

## ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE E NA DOENÇA

A pessoa tem consciência de si, sabe como actuar para atingir o seu fim e é, pela dimensão espiritual, que integra e se consciencializa da sua realidade vivida ao longo do percurso de vida e de acordo com os seus valores, se empenha para ter uma vida boa e com qualidade, mesmo confrontada com situações adversas.

No final dos anos 80 a OMS incluiu a espiritualidade no conceito multidimensional da saúde, considerando que esta se refere à actividade humana reflectida ao longo da experiência vivida e que, na sua globalidade, transcende fenómenos sensoriais. Por isso, à espiritualidade atribui-se uma dimensão da pessoa que motiva, ilumina e dinamiza a luta pela vida, pela saúde, pela qualidade dessa vida que cada um experiencia em qualquer momento da sua existência.

O conceito de saúde tem evoluído ao longo dos tempos, tendo sido definido pela OMS, em 1948, como “um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade»<sup>2</sup>. É, em si mesma, uma definição polémica e muito abrangente, praticamente impossível de considerar, ao longo do seu percurso de vida, pessoa saudável. A vida diária envolve-nos em constante instabilidade que quebra o equilíbrio psicológico e físico, contribuindo para vacilar a saúde física e mental. Em 1986, a mesma organização objectivou o conceito, passando a definir a saúde como uma “extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve” (Ribeiro, 1998, p. 86). Esta definição, com carácter positivo e visando a saúde integral, inclui algumas dimensões constitutivas da pessoa como a saúde física, emocional, cognitiva e social, para que a saúde espiritual possa ser uma realidade na pessoa.

Mas, “no centro do conceito de saúde deve-se colocar a capacidade do sujeito de assumir um certo grau de sofrimento” (Bresciani, 2009, p.1527), uma vez que este e/ou a doença são inerentes à existência e à condição de ser humano, acontecendo a qualquer momento do percurso de vida.

<sup>1</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS. Artigo 82.º c)

<sup>2</sup> Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, 1948.

Para Bernard, “enquanto realidade objectiva, a doença deve considerar-se na sua negatividade” mas, “enquanto realidade subjectiva, deve considerar-se como um elemento importante na vida” da pessoa doente. (idem, p. 607)

Constatamos que é nos períodos de doença e/ou sofrimento que muitas vezes se verifica crescimento espiritual, na procura de estratégias e de recurso interior para minimizar as suas consequências e é, na adversidade, que a pessoa se descobre a si mesma e se confronta com a sua própria fragilidade como ser humano. A espiritualidade modifica a realidade, capacitando a pessoa e atribuindo significação à circunstância.

Igualmente se verifica a importância de ligação afectiva da família e dos amigos que, para além de esperar eficácia e eficiência dos profissionais de saúde, a pessoa doente recorre a estratégias interiores e adquire capacidade de luta para se adaptar a limitações/incapacidades físicas e/ou psicológicas, incluindo alteração no papel parental e social, como consequência do processo de doença e com a finalidade de “mobilizar todas as energias . . . para reencontrar e aumentar o espaço de liberdade e de criatividade” (idem, p. 607) para que tenha qualidade no tempo que tem para viver.

Por vezes, é no silêncio e no recolhimento proporcionado pela doença, que a vida se pode apresentar como que num vazio existencial, mas também constitui um período de “regresso ao essencial da existência humana e, por isso, de aprofundamento” (idem, p. 607) e de enriquecimento pessoal, espiritual e até de relação com os outros, podendo também contribuir para a necessidade ou aprofundamento na fé, independentemente de vivência e de crença religiosa anterior.

## NECESSIDADES ESPIRITUAIS NA DOENÇA/SOFRIMENTO

Face à realidade da doença e particularmente à necessidade de internamento em instituição hospitalar, a pessoa sente-se como que despojada da sua identidade, considerando-se, por vezes, como um *ser* que é objecto de cuidados. Este facto contribui para que sinta ameaçada a sua unidade pessoal pela doença, tendo necessidade de ser reconhecida como pessoa, no respeito pela dignidade.

A dimensão espiritual, parte integrante na humanização e na prestação integral de cuidados de saúde, implica que o profissional consolide primeiramente a sua própria espiritualidade nas três grandes áreas: cognitiva, como procura de significado e de valores; vivencial, pela necessidade de afecto e resiliência, comportamental, como expressão de convicções e de necessidades. Deve considerá-la como dimensão do auto-cuidado, isto é, como auto-conhecimento e também de convicções, como auto-metodologia para a paz e tranquilidade e também como auto-gestão em situação de doença crónica.

Neste contexto, a “dimensão espiritual da saúde não só é problema da qualidade da vida (e de uma qualidade cada vez melhor), mas também constitui a dimensão mais significativa da qualidade da vida e a que se deve dar máxima atenção” (Privitera, p.1012). É vivida e enriquecida no serviço à pessoa doente ou à que experiencia o sofrimento, entendendo-a na sua globalidade e pessoalidade, perante as suas necessidades de assistência e de acompanhamento.

Para William Hatcher, as capacidades espirituais são as relacionadas com a cognição como a compreensão, o raciocínio, a memória, a percepção e a imaginação e com o sentimento: o amor, a intuição, a compaixão e também a vontade tal como a capacidade para iniciar e continuar uma acção.

Inerente à sua actividade, o profissional de saúde está ao serviço da vida, considerando-a como um bem fundamental da pessoa humana, também contemplado no CDE<sup>3</sup> pelo que, na prestação de cuidados, ambos são sujeitos, isto é, ambos dão e recebem. Cada um tem o dever de se responsabilizar por si e pelos outros sobretudo pelos mais próximos.

Assim, na assistência global à pessoa doente e/ou com incapacidade deve ter em atenção as necessidades, aspirações humanas e espirituais, a sensibilidade, os sentimentos e os valores espirituais bem como a relação de proximidade com os familiares e outras pessoas significativas.

As necessidades espirituais, que se referem ao questionamento do homem sobre si mesmo, particularmente em situação de fragilidade, consideram-se as que são sentidas pelas pessoas crentes ou não crentes, na busca de crescimento do espírito, da verdade essencial, de esperança, de significado para a vida e também de sentido para a morte. “Só assim o homem recupera o pleno espaço da sua liberdade na gestão responsável da sua própria vida” (Bresciani, 2009, p.1527), vivenciando-a de acordo com os seus valores para que seja efectivamente uma vida com qualidade, mesmo que perspectivando o seu fim corpóreo.

Sob o ponto de vista da espiritualidade e em contexto de doença, particularmente em fase final de vida, a pessoa tem necessidade de:

- Ser reconhecida como pessoa integral;
- Tempo para rever a vida com seus limites e potencialidades;
- Avaliar a própria história, atribuindo-lhe sentido, encontrar sentido para a vida e encerrando, sob análise biográfica, o ciclo vital;
- Libertar-se de culpas, perdoando-se pelos erros cometidos ao longo da sua vida.
- Experimentar a transcendência;
- Sentido da descendência, da continuidade, por isso elabora projectos, vive intensamente o presente;
- Esperança autêntica e apoio na fragilidade em que se encontra;
- Expressar sentimentos e vivências religiosas, formulando questões relacionadas com a fé ou cultivando a relação com Deus/Transcendente.

---

<sup>3</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS. Artigo 82.º a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em revisão de literatura, por vezes encontramos a utilização indiscriminada entre os termos espiritualidade e religiosidade mas, na realidade, não são sinónimos. A primeira, como descrito ao longo do presente artigo de reflexão para a prática na prestação de cuidados de saúde, coloca questões sobre o significado da vida e da razão de viver e está directamente relacionada com os valores pessoais. A religiosidade, corresponde a uma extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião o que implica a existência de crenças ou valores – que sustentam e formam a base do estilo de vida da pessoa e do seu comportamento –, de cumprimento de códigos morais, de celebração e de prática de rituais.

O profissional de saúde, enquanto pessoa que pretende ser presença activa junto de outra que sofre, deve “estar com...”, sabendo avaliar as necessidades a cada momento, compreendê-las na sua globalidade e basear os cuidados em princípios científicos, técnicos e de relação de ajuda.

Saber ser e saber estar, são valores essenciais no acompanhamento à pessoa doente/família/cuidador, exigindo qualidades humanas e a integração de conhecimentos não só técnico-científicos mas abrangendo também as dimensões da espiritualidade e da cultura, assim como a disponibilidade física e espiritual para o acolhimento à palavra, à presença ou simplesmente ao silêncio - é fundamental saber identificar e respeitar o tempo de silêncio da pessoa doente, de familiares e/ou cuidadores. Podemos então falar de cuidar uma vez que contempla todas as dimensões da pessoa, implicando resposta às suas necessidades, tal como ele mesmo as vê e as sente, visando a promoção da sua harmonia e compreendendo atitudes e sentimentos aos níveis ético, humano, filosófico e espiritual, perspectivando a integralidade do ser humano.

Assumindo o compromisso na presença e no apoio espiritual à pessoa doente e à família/cuidadores, o profissional de saúde, concretamente o enfermeiro, deve construir o seu caminho através de formação integral - e aprofundamento espiritual - para melhor agir e, com maturidade e assertividade, identificar as necessidades do Outro que se coloca sob os cuidados e que, para além das intervenções terapêuticas e técnicas, também espera a identificação e a satisfação de outras necessidades como a presença, o diálogo, a escuta, o olhar, a mão amiga, o silêncio, ou até mesmo o auxílio no caminho para a construção, consolidação e prática da sua fé/religiosidade, concretamente com a utilização de recursos religiosos cristãos como a presença de um assistente espiritual/sacerdote, a necessidade de perdão (concretamente de seus entes queridos) e até mesmo de sacramento(s) como a comunhão e a unção dos doentes.

Desde 2009<sup>4</sup> que em Portugal foi estabelecida regulamentação para a assistência espiritual e religiosa nos hospitais e outros estabelecimentos incluídos no Serviço Nacional de Saúde, pelo que a sua prática é possível, independentemente da crença religiosa vivenciada pela pessoa doente e internada, desde que não constitua risco para o seu estado de saúde.

---

<sup>4</sup> Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de Setembro, Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde (RAER).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. – *Princípios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.
- BERNARD, Charles – *Espiritualidad del Enfermo*. In BERMEJO, José C.; ÁLVAREZ, Francisco (dir.) – Pastoral de la Salud y Bioética. Madrid: San Pablo, 2009, p. 604-610.
- BERNARD, Charles – *Sufrimiento. Enfoque espiritual*. In BERMEJO, José C.; ÁLVAREZ, Francisco (dir.) – Pastoral de la Salud y Bioética. Madrid: San Pablo, 2009, p. 1677-1688.
- BIZZOTTO, Mario – *Enfermo. Aproximación antropológica*. In BERMEJO, José C.; ÁLVAREZ, Francisco (dir.) – Pastoral de la Salud y Bioética. Madrid: San Pablo, 2009, p. 531-540.
- BRESCIANI, Carlo – *Salud. Enfoque histórico-cultural*. In BERMEJO, José C.; ÁLVAREZ, Francisco (dir.) – Pastoral de la Salud y Bioética. Madrid: San Pablo, 2009, p. 1520-1528.
- CONSELHO DA EUROPA – *Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina*. adoptada em 1997, em vigor desde 1999.
- DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA 2003. Porto: Porto Editora, 2002, p. 1284.
- HACKSPIEL, Maria M. – Fundamentación en Enfermería: El Cuidado de una Vida Humana. *Cuadernos de Bioética*. Vol. 371, n.º 1 (1999), p. 160-167.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, *DIÁRIO DA REPÚBLICA - I Série-A. N.º 93* (98-04-21), p. 1739-1757. Alteração: LEI n.º 111/2009 de 16 de Setembro.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de Setembro. *DIÁRIO DA REPÚBLICA - 1.ª Série. N.º 185*, p. 6794-6798.
- PRIVITERA, S. – Sofrimento. In LEONE, Salvino (coord.) - *Dicionário de Bioética*. Porto: Editorial Perpétuo Socorro, 2001.
- RIBEIRO, José Luís Pais – *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998.
- UNESCO – *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, aprovada em Outubro de 2005.

# QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA: QUE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO?

Carvalho, F. \*

Cabral, J. \*\*

Barbieri-Figueiredo, M.C. \*\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta; e-mail: fcarvalho@esenf.pt

\*\* Hospital S. João E.P.E., Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria; e-mail: joecabral@gmail.com

\*\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto; Professora Coordenadora; e-mail: ceubarbieri@esenf.pt

## RESUMO

A qualidade de vida da criança com cardiopatia congénita é uma preocupação para todos os profissionais de saúde que diariamente desenvolvem actividades com estas crianças. Perceber com que qualidade de vida crescem e se desenvolvem, é essencial para uma tomada de decisão consciente e individualizada relativamente ao tratamento a instituir. Com o intuito de identificar escalas específicas para avaliação da sua qualidade de vida, foi realizada pesquisa em bases de dados, da qual emergiram dois instrumentos: o ConQOL e o PCQLI. Estas ferramentas de avaliação da qualidade de vida da criança com cardiopatia congénita apresentam duas versões adaptadas às idades das crianças/adolescentes e uma delas contempla também a opinião dos pais relativa à qualidade de vida dos filhos.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Criança; Cardiopatia Congénita

## ABSTRACT

The quality of life of children with congenital heart disease is a concern for all health professionals dealing, on a daily basis, with these children. It is essential for a good decision-making and individualized treatment to follow, to realize with which quality of life are they growing and developing. In order to identify specific scales for assessing the quality of life, a survey and search in databases was conducted. From this survey and search two instruments emerged: the ConQOL and PCQLI. These tools for assessing the quality of life of children with congenital heart disease have two versions tailored to teens and children ages, and one of them also includes the parents' opinion on the quality of life of their children.

**Keywords:** Quality of Life; Children; Congenital Heart Disease

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos tem havido um crescente interesse na avaliação da qualidade de vida de crianças com doença crónica e em particular o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde tem-se tornado num foco de atenção para os pesquisadores, levando-os a desenvolver instrumentos de medida adaptados às diferentes patologias (Kourkoutas, 2010). As crianças com cardiopatia congénita têm sido uma preocupação para muitos profissionais pela frequência com que recorrem aos serviços de saúde.

Em Portugal a incidência de cardiopatia congénita é de 5 a 12 por mil nados vivos (DGS, 2006), constituindo 15 a 20 % de todas as malformações na criança (Kaku, 2005). Na ausência de tratamento, apenas algumas crianças com cardiopatia congénita sobreviveriam até à adolescência e idade adulta; no entanto, como consequência dos progressos verificados em métodos de diagnóstico, tratamento, anestesia, técnicas cirúrgicas e cuidados intensivos, a maioria destas crianças atingem hoje a idade adulta. No entanto nem todas as intervenções são curativas, podem ser somente reparadoras ou paliativas, não alterando a estrutura fisiológica (Sousa, 2006). A criança pode apresentar lesões residuais, sequelas ou complicações de carácter definitivo (Simko, 2005).

Os avanços da ciência, em conjunto com as mudanças sociais e a interpretação dos direitos das crianças, fazem com que a avaliação da qualidade de vida da criança seja obrigatória (Nousi, 2010). Perceber com que qualidade de vida estas crianças crescem e se desenvolvem, é essencial para uma tomada de decisão consciente e individualizada relativamente ao tratamento a instituir. A avaliação da qualidade de vida por profissionais de saúde deve ser parte integrante do tratamento das crianças com cardiopatia congénita, uma vez que permite a identificação e avaliação de dados pessoais, considerações, prioridades ou problemas de saúde dependendo da idade, do desenvolvimento, da gravidade e aceitação da doença, do seu ambiente familiar, bem como das características da personalidade (Nousi, 2010). A avaliação dos pais e das crianças é aquela que fornece uma visão mais completa da qualidade de vida da criança com cardiopatia congénita permitindo aos profissionais de saúde a criação de programas de intervenção de enfermagem individualizados. De acordo com a fase de crescimento, a avaliação da qualidade de vida deve ser parte integrante do tratamento das crianças com cardiopatia congénita porque permite aos profissionais de saúde identificar nas crianças as diferenças individuais, os interesses e as preferências. Este conhecimento, combinado com a experiência clínica contribui para a melhoria da qualidade de vida destas crianças de acordo com o seu desenvolvimento psico-emocional e sua integração social (Nousi, 2010).

## METODOLOGIA

Com o intuito de identificar instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida da criança com cardiopatia congénita foi realizada pesquisa nas bases de dados EBSCO Host, B-on e ELSEVIER, em Português e Inglês, utilizando os seguintes descritores: qualidade de vida, criança e cardiopatia congénita, assim como *quality of life*, *children* e *congenital heart disease*.

## RESULTADOS

Da pesquisa efectuada, não se obtiveram resultados de estudos realizados em Portugal, para avaliar a qualidade de vida da criança com cardiopatia congénita. Dos artigos obtidos a nível internacional, apesar de se utilizarem vários instrumentos que avaliam a qualidade de vida da criança em geral, nomeadamente, o HRQOL – Health-related quality of life, o PedsQL – Pediatric quality of life inventory, o SF 36, entre outros, somente dois são específicos para crianças com cardiopatia congénita, o ConQOL (Macran, 2006) e o PCQLI (Marino, 2008).

O ConQOL (*questionnaires of health-related quality of life for childrens and adolescents with congenital heart conditions*) apresenta duas versões sendo uma para crianças dos 8-11 anos, que é constituída por 29 itens que abrangem três dimensões: sintomas (13 itens), actividades (6 itens) e relacionamentos (10 itens); a versão 12-16 anos consiste em 35 itens que englobam quatro dimensões: sintomas (13 itens), actividades (7 itens), relacionamentos (10 itens), controlo e coping (5 itens).

O PCQLI (Pediatric Cardiac Quality of Life Inventory) apresenta duas versões sendo uma para crianças com 8-12 anos (23 itens) e outra para crianças com 13-18 anos (29 itens). Estes formulários são preenchidos em dois momentos, por pais e crianças, relativamente aos mesmos itens e estão divididos em duas grandes dimensões: a Subescala do Impacto da Doença e a Subescala do Impacto Psicossocial

O tempo de preenchimento de ambos os instrumentos, tem a duração de cerca de 10 min.

## CONCLUSÃO

Não existem escalas de avaliação da qualidade de vida da criança com cardiopatia congénita traduzidas e validadas para a população portuguesa.

Da análise dos instrumentos obtidos emerge uma limitação relativa às crianças com menos de 8 anos, assim como crianças com défices cognitivos. Estes dois grandes grupos não são incluídos em qualquer destes instrumentos de avaliação da qualidade de vida apesar de muitas crianças com cardiopatia congénita apresentarem diversos síndromes associados, manifestando a mais diversa sintomatologia, por vezes com necessidade de tratamento nos primeiros dias, meses ou anos de vida. Sugere-se assim, pesquisa no sentido da criação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida da criança com cardiopatia congénita em idades inferiores a 8 anos e com ou sem limitações a nível cognitivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KAKU, Sashicanta – *Cardiopatas Congénitas*. 1.ª ed. Lisboa: Permyner, 2005.

KOURKOUTAS, Elias; GEORGIADI, Maria; PLEXOUSAKIS, Stefanos – Quality of life of children with chronic illnesses: A Review of the Literature. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. Vol. 2 (2010), p. 4763-4767.

MACRAN, Susan [et al] – The development of a new measure of quality of life for children with congenital cardiac disease. *Cardiology in the Young*. Vol. 16 (2006), p. 165-172.

MARINO, Bradley S. [et al] – The development of the Pediatric Cardiac Quality of Life Inventory: a quality of life measure for children and adolescents with heart disease. *Quality of Life Research*. Vol. 17, n.º 4 (2008), p.613-626.

MARINO, Bradley S. [et al] – External validity of the pediatric cardiac quality of life inventory. *Quality of Life Research*. Vol. 20, n.º 2 (2011), p.205-214.

MARINO, Bradley S. [et al] – Validation of the Pediatric Cardiac Quality of Life Inventory. *Pediatrics*. Vol. 126, n.º 3 (2010), p.498-508.

NOUSI, Dionysia; CHRISTOU, Apostolos – Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal: International Journal of Nursing Research and Review*. Vol. 4, n.º 2 (2010), p.94-100.

PORTUGAL – *Diagnóstico pré-natal de cardiopatas congénitas*. Circular Normativa n.º 11/DSMIA. Portugal: Direção-Geral da Saúde, 2006.

SIMKO, Lynn Coletta; MCGINNIS, Kathleen A. – What is the perceived quality of life of adults with congenital heart disease and does it differ by anomaly. *Journal of cardiovascular nursing*. Vol. 20, n.º 3 (2005), p.206-214.

SOUSA, Maria Filomena Abreu – *Ser portador de cardiopatas congénitas: uma revisão sistemática da literatura*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2006. Programa de Doutoramento em Enfermagem.

## QUALIDADE DE VIDA E AUTONOMIA DAS PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM SOZINHAS NO DOMICÍLIO

Carvalho, M.L.G. \*  
Rodrigues-Ferreira, T. \*\*

---

\* Hospital de Santana - Cascais; e-mail: m.leonorcarvalho@hotmail.com

\*\* Escola Superior de Enfermagem do Porto; e-mail: teresarodrigues@esenf.pt

## RESUMO

Estudar a qualidade de vida das pessoas idosas é um aspecto que cada vez tem maior relevância na sociedade actual, dado à crescente prevalência de doenças crónicas e ao aumento da esperança de vida. É pois fundamental identificar os factores que interferem no aumento ou diminuição da qualidade de vida quando se cuida de pessoas idosas. Tal conhecimento contribui não só para fundamentar os cuidados de Enfermagem, como para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa. Esta realidade conduziu à questão central do estudo: *Que qualidade de vida, relacionada com a autonomia, têm as pessoas idosas que vivem sozinhas no domicílio?* Através da realização de um estudo exploratório, descritivo e transversal, situado num paradigma quantitativo, teve-se como propósito analisar a relação entre a autonomia *versus* dependência em actividades de vida diária e a qualidade de vida das pessoas idosas que vivem sozinhas no seu domicílio habitual.

Foi constituída uma amostra acidental, com 118 pessoas que apresentavam em média 75,7 anos (DP= 7,0) e residiam nos Concelhos de Oeiras e Cascais. Foi-lhes aplicado um questionário de auto-preenchimento, para a obtenção de dados: sócio-demográficos, autonomia/dependência em actividades de vida diária: actividades básicas - Índice de Barthel (alpha de Cronbach`s, 0,17) e actividades instrumentais - Índice de Lawton (Alpha de Cronbach`s, 0,76) e de percepção de qualidade de vida (MOS-SF36) (Alpha de Cronbach`s, 0,93).

Os dados relativos às actividades básicas de vida diária utilizaram-se apenas para caracterização da amostra. Maior autonomia nas actividades instrumentais de vida diária verificou-se no uso de telefone e responsabilidade com a medicação.

Os participantes apresentaram percepção de uma qualidade de vida razoável (média por dimensão superior a 46 pontos). As dimensões função social e desempenho emocional surgem como as mais favoráveis (média 81,6 e 73,9, respectivamente) da qualidade de vida avaliada. A autonomia em geral nas actividades instrumentais associou-se a percepção de melhor Qualidade de Vida. Foi encontrada relação entre sexo, anos de escolaridade e Qualidade de Vida.

**Palavras-chave:** qualidade de vida; autonomia; pessoa idosa.

## ABSTRACT

Studying the quality of life among the elderly is having increasing relevance in present-day society due to the growing prevalence of chronic diseases and the increase in life expectancy. It is, therefore, fundamental to identify those factors that can account for the growth or drop in quality of life when providing care to elderly people. Such Knowledge contributes not only to justify nursing care but also to improve the quality of care delivered to the elderly. This fact led to the central issue of the present study: *As regards personal autonomy, what quality of life do elderly living alone have at their usual place of residence?* An exploratory, descriptive, cross-sectional study, following the quantitative paradigm, was carried out to analyze the relation between autonomy *versus* dependence in activities of daily living and the quality of life among the elderly who live alone at their usual place of residence.

The selected accidental sample consisted of 118 people with an average age of 75, 7 (SD= 7,0) residing in Oeiras

and Cascais Municipalities. They were asked to answer a self-report questionnaire in order to obtain: socio-demographic data, autonomy/dependency in activities of daily living; basic activities – Barthel's Index (Cronbach's alpha=0, 17), and instrumental activities – Lawton Index (Cronbach's alpha, 0, 76), and data on perception of quality of life (MOS SF-36) (Cronbach's alpha = 0, 93). Data concerning the basic activities of daily living were only used to characterize the sample.

Higher levels of autonomy were found in the *use of the telephone* and *responsibility for medication*.

People sampled revealed perception of a reasonable quality of life (average per dimension higher than 46 points). The *social function* and *emotional performance* dimensions appear as the most favorable (average 81, 6 and 73, 9 respectively) in the quality of life assessed. Autonomy, by and large, in instrumental activities was associated with the perception of a better Quality of Life. A relation was found between gender, the number of years of schooling and Quality of Life.

**Keywords:** quality of life; autonomy; elderly.

## INTRODUÇÃO

O fenómeno do envelhecimento tornou-se bem visível nas últimas décadas do século XX, nomeadamente nos países em desenvolvimento. Portugal, à semelhança de outros países Europeus, manifesta a mesma tendência. A proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 38 anos passando de 8% no total da população em 1969 para 17,2% em 2006. Actualmente Portugal apresenta cerca de 10 599 095 habitantes, dos quais 1 828 617 (17,2%) são idosos, e segundo as projecções do Instituto Nacional de Estatística, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos continuará a crescer alcançando os 2 959 957 (31,8%) do total da população Portuguesa em 2050 (INE, 2007b; INE, 2008a; INE, 2008b). A população com 65 anos ou mais que vive sozinha e que está reformada representa metade do total de pessoas que viviam sós em Portugal em 2001 (49,9%), constituindo as mulheres praticamente o quádruplo dos homens na mesma situação (INE, 2001).

Autonomia é a capacidade dos idosos para agirem de acordo com o seu próprio interesse (Jacelon, 2004). Estudos de investigação científica comprovaram, também, que as pessoas idosas sentem que a autonomia e a independência são importantes para uma boa qualidade de vida (Davies et al., 2000). A qualidade de vida é um fenómeno subjectivo e multidimensional e pode ser entendida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998). É algo que preocupa grandemente a pessoa idosa e é um assunto importante no que diz respeito à investigação na área do envelhecimento (Hagberg et al, 2002). A investigação nesta área é essencial pois irá gerar conhecimentos referentes aos factores e condições efectivas que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, permitindo delinear estratégias, com uma base científica sólida, que contribuam para a promoção da qualidade de vida do idoso.

## MÉTODO

Tendo em conta a pesquisa teórica e a reflexão realizada, e por forma a dar resposta à questão central do estudo: “*Que qualidade de vida, relacionada com a autonomia, têm as pessoas idosas que vivem sozinhas no domicílio?*”, optou-se por realizar um estudo do tipo descritivo, com carácter exploratório e transversal, assente num paradigma quantitativo. Foram definidas como variáveis do estudo, a variável principal (Qualidade de vida), e as variáveis secundárias (Sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, número de filhos, frequência de contacto com os filhos, escolaridade, grupo profissional, situação laboral; Grau de autonomia/dependência para realizar as actividades básicas de vida diária; Grau de autonomia/dependência para realizar as actividades instrumentais de vida diária).

### Participantes

Foi definida como população para este estudo as pessoas idosas que residissem sozinhas no domicílio habitual, há pelo menos seis meses. O estudo foi realizado com base numa amostra não aleatória, do tipo accidental e em bola de neve, constituída por 118 pessoas idosas que residiam sozinhas no domicílio habitual, há pelo menos seis meses, no Concelho de Oeiras, nas freguesias de Carnaxide, Algés, Oeiras e S. Julião da Barra, Linda-a-Velha, e no Concelho de Cascais, nas freguesias do Estoril e Cascais. Para a selecção da amostra foram definidos como critérios de inclusão, idade igual ou superior a 65 anos, residir sozinho (a) ou com o conjugue no domicílio habitual actual há pelo menos seis meses, saber ler e escrever em Português e com capacidade de compreensão do conteúdo do questionário, e aceitar participar no estudo. Foi definido como critério de exclusão uma pontuação no “Mini Mental-State” (MMS) indicativa de defeito cognitivo, considerando os valores de corte para a população Portuguesa (analfabetos  $\leq 15$ ; 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$ , e com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$ ) (Sequeira, 2007), tendo em atenção o critério de inclusão nº 3.

### Instrumentos

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário auto-preenchido constituído por uma nota introdutória que contém apresentação, objectivos e finalidade do estudo, princípios éticos a respeitar, modo de preenchimento; Parte I – Caracterização sócio-demográfica da amostra, Parte II – Índice de Barthel, que avalia grau de autonomia/dependência para a realização de dez actividades básicas da vida diária (alimentação, banho, higiene pessoal, vestuário, defecar, urinar, uso da retrete, transferência da cadeira/cama, deambular, subir e descer escadas); Parte III – Índice de Lawton, que permite avaliar a autonomia/dependência relativamente a oito actividades instrumentais de vida diária (capacidade para cuidar da casa, lavar a roupa, preparar comida, ir às compras, usar o telefone, usar os meios de transporte, lidar com assuntos económicos, e responsabilização com a medicação), Parte IV – Medical Outcomes Short Form Health Survey (SF-36), que avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde, e inclui 36 itens (Ferreira, 1997): Função física (10 itens), Desempenho físico (4 itens), Dor corporal (2 itens), Saúde em geral (5 itens), Vitalidade (4 itens), Função social (2 itens), Desempenho emocional (3 itens), Saúde mental (5 itens), e engloba um item que se refere à avaliação do grau de mudança em geral na saúde,

tendo em conta a experiência anteriormente vivida.

## Procedimentos

A selecção de participantes foi realizada através de contacto directo (cafés, cabeleireiros, vizinhos e conhecidos) e através de conhecidos dos primeiros. Foi também realizada em Instituições Particulares de Solidariedade Social, com Centro de Dia.

## ANÁLISE & DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra recolhida é constituída por 43,2% de idosos que residiam sozinhos, ou com o conjugue no domicílio habitual, e por 56,8% de idosos que residiam sozinhos, ou com o conjugue no domicílio habitual e frequentavam o centro de dia. Optou-se por analisar os resultados globais de todos os participantes, pois apresentavam características semelhantes, não tendo sido encontrado numa análise preliminar dos dados diferenças com significado estatístico.

A maioria dos idosos inquiridos é, do sexo feminino (72,9%), e inserem-se na categoria de idoso-jovem (45,8%), e na categoria de idoso médio (42,4%). No que diz respeito ao estado civil pode-se constatar que a maioria dos idosos inquiridos apresenta o estado civil de viúvo (52,5%). Quanto ao número de filhos a maior parte dos idosos têm 1 filho (34,7%) e 2 filhos (28,8%), na frequência de contacto com os filhos a maior parte dos idosos referiu contacto com os filhos pelo menos uma vez por mês (33,1%) e têm contacto diário com os filhos (31,4%). No que se refere à escolaridade a maioria dos idosos possui entre 0 a 4 anos de escolaridade completos (71,3%). No que se refere ao grupo profissional a amostra distribui-se em grande parte pelas actividades de operários, artífices e trabalhadores similares (24,6%) e pelas actividades de pessoal de serviços e vendedores (18,6%). Quanto à situação laboral a maioria dos inquiridos encontram-se reformados (94,9%).

Os resultados obtidos com a aplicação do Índice de Barthel não foram utilizados na análise de variância de médias por apresentar um valor de coeficiente de alfa de Cronbach's de 0,17, o que não garante a fiabilidade dos dados neste parâmetro. Os dados foram apenas utilizados para caracterização da amostra no que se refere ao grau de autonomia/dependência para a realização das actividades básicas de vida diária. Assim, a aplicação do índice de Barthel revela que a maioria dos idosos são independentes (95,8%), e apenas 4,2% são ligeiramente dependentes.

No que se refere ao grau de autonomia/dependência para realizar as actividades instrumentais de vida diária avaliada pela aplicação do índice de Lawton, verifica-se que a maioria dos idosos são independentes (72%), 27,1% são moderadamente dependentes, e apenas 0,8% é severamente dependente. As actividades instrumentais de vida diária onde se verifica uma maior percentagem de idosos independentes são a actividade uso do telefone (98,3), responsabilidade com a medicação (98,3%), e lavar a roupa (93,2%). As actividades onde se verifica uma menor percentagem de idosos independentes são a actividade ir às compras (79,7%) e cuidar da casa (61,9%). A actividade ir às compras e cuidar da casa exige da parte da pessoa idosa a necessidade de fazer mais esforço físico e implica o uso de dinheiro. No que se refere a cuidar da casa, 22% idosos referem fazer tudo excepto o trabalho pesado, também no uso do dinheiro 8,5% idosos referem utilizar o dinheiro em pequenas quantidades. Estes

dados parcelares reflectem a menor independência nestas actividades instrumentais de vida diária. O facto dos idosos inquiridos viverem sós no domicílio ou sós com o seu conjugue implica que consigam manter um determinado grau de autonomia que lhes permita realizar as suas actividades básicas e instrumentais de vida diária.

Neste estudo pode-se verificar que os idosos inquiridos percebem em média a sua qualidade de vida nas várias dimensões com valores superiores a 46 em todas as dimensões, pelo que são considerados indivíduos com uma razoável qualidade de vida. A dimensão da qualidade de vida “função social” foi a percebida como menos afectada (média = 81,6, com DP = 24,2), seguindo-se a dimensão “desempenho emocional” (média = 73,9, com DP = 23,3). A viuvez e a reforma são factores consistentemente associados “a solidão e a isolamento social numa variedade de culturas e contextos” (Sousa, 2004, p.47). A maioria da amostra em estudo apresenta o estado civil de viúvo (52,5%), e a situação profissional de reformado (94,9%), logo poder-se-ia pensar à partida que as dimensões da qualidade de vida mais afectadas para estes sujeitos fossem a *função social* e o *desempenho emocional*, mas tal não se verifica. Pelo contrário estas são as dimensões da qualidade de vida percebidas como menos afectadas. Estes dados demonstram que apesar destes viverem sós ou sós com conjugue no seu domicílio habitual, mantêm uma interacção social activa e sólida. Esta percepção poderá permitir-lhes a manutenção de sentimentos de utilidade, sentindo-se parte integrante da comunidade onde estão inseridos, evitando situações de isolamento social e sentimentos de solidão e inutilidade.

A dimensão “dor corporal” foi a percebida como mais afectada ( $\underline{M}$  = 46,9; DP = 32,6), seguindo-se a dimensão “saúde geral” ( $\underline{M}$  = 47,4; DP = 16,9). Considerando a *mudança no estado de saúde*, constata-se que as dimensões da qualidade de vida: *função física* ( $r=0,351$ ;  $p \leq 0,01$ ), *desempenho físico* ( $r = -0,262$ ;  $p \leq 0,01$ ), *dor corporal* ( $r = -0,202$ ;  $p \leq 0,05$ ), *saúde geral* ( $r = -0,289$ ;  $p \leq 0,01$ ), *vitalidade* ( $r = -0,359$ ;  $p \leq 0,01$ ), se correlacionam negativa e significativamente com a mudança no estado de saúde. Assim, os idosos com uma pior percepção da qualidade de vida há um ano atrás apresentam, com significado estatístico, uma melhor percepção da qualidade de vida, actualmente. No que se refere à relação entre a qualidade de vida e o sexo, os resultados revelam que os homens apresentam valores médios superiores de qualidade de vida no que se refere à dimensão “saúde mental”, ( $\underline{M}$  = 54,6; DP = 18,2) comparados com as mulheres ( $M$  = 46,7; DP = 18,6), com  $t(116) = -2,06$ ,  $p = 0,042$ .

Vários estudos, demonstram também, que as mulheres são mais vulneráveis aos problemas de saúde mental do que os homens (Beal, 2006; Neri, 2001). Relativamente à *escolaridade* constata-se que esta se correlaciona positiva e significativamente com as seguintes dimensões da qualidade de vida: *função física* ( $r=0,320$ ;  $p \leq 0,01$ ), *desempenho físico* ( $r = 0,359$ ;  $p \leq 0,01$ ), *saúde em geral* ( $r = 0,316$ ;  $p \leq 0,01$ ), *qualidade de vida total* ( $r = 0,305$ ;  $p \leq 0,01$ ). Por conseguinte, os idosos com um maior número de anos de escolaridade apresentavam, com significado estatístico, uma melhor percepção da qualidade de vida avaliada pela escala global e no que se refere às dimensões acima referidas. De facto, e tal com diz Cármen Barros (2001, cit. por Gutiérrez, 2008), a escolaridade é um factor que permite à pessoa gerir melhor as indicações terapêuticas, assim como também permite ter um maior controlo sobre as alterações que ocorrem de forma a adoptar uma postura activa face ao seu processo de envelhecimento.

Pode-se verificar que o nível de dependência para realizar as actividades instrumentais de vida diária (índice de Lawton) se correlaciona negativa e significativamente com as seguintes dimensões da qualidade de vida: *função física* ( $r = -0,436$ ;  $p \leq 0,01$ ), *desempenho físico* ( $r = -0,391$ ;  $p \leq 0,01$ ), *saúde em geral* ( $r = -0,357$ ;  $p \leq 0,01$ ), vi-

talidade ( $r = -0,321$ ;  $p \leq 0,01$ ), função social ( $r = -0,232$ ;  $p \leq 0,05$ ), desempenho emocional ( $r = -0,185$ ;  $p \leq 0,05$ ), assim como, com a qualidade de vida total ( $r = -0,373$ ;  $p \leq 0,01$ ). Por conseguinte, os idosos com maior nível de independência para realizar as actividades instrumentais de vida diária apresentam uma melhor percepção da qualidade de vida no que se refere às dimensões acima mencionadas. A dor corporal surge sem relação estatisticamente significativa com o nível de independência para realizar as actividades instrumentais de vida diária, apesar de ser a dimensão de qualidade de vida percebida com a mais afectada pelos idosos inquiridos. Pode-se então depreender que apesar do desconforto provocado pela dor e a forma como esta pode interferir na realização das suas actividades habituais, a maioria dos idosos inquiridos mantém a sua autonomia e independência para realizarem as suas actividades de vida diária. Ao contrário do que é referido por diversos autores e do que é demonstrado em diversos estudos de investigação (Bennet et al, 2007; Dewar, 2006; Dodla & Lyons, 2006; Herr et al, 2007), neste estudo a dor corporal não é apresentada com um potencial factor de dependência para o idoso ao nível físico, psicológico e social.

## CONCLUSÕES

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que se tem expandido a todos os países do mundo, nomeadamente a Portugal. Assim, numa sociedade cada vez mais envelhecida, estudar a qualidade de vida em idosos é um tema importante, dado as múltiplas alterações experimentadas neste grupo etário, que a podem comprometer, e as possibilidades que se podem apresentar para o desenvolvimento de uma intervenção eficaz que vise a sua adequada manutenção. A par do aumento do número de idosos na nossa sociedade, surge um outro fenómeno, associado à redução dos agregados familiares e à restrição das redes sociais própria da velhice e o aumento do número de idosos que habita sozinho. Viver sozinho pode apresentar-se como uma manifestação de isolamento social. Estudos de investigação científica demonstram que uma situação de isolamento e solidão vivenciada pelo idoso poderá ter consequências graves em termos da sua saúde física e psicológica (Donaldson & Watson, 1996; Murphy, 2006), comprometendo o seu bem-estar e a qualidade de vida. No entanto, no presente estudo, apesar dos idosos inquiridos viverem sozinhos ou com o conjugue/companheiro(a), a dimensão da qualidade de vida função social e desempenho emocional surgem como as menos afectadas. Este facto poderá ser atribuído à existência de uma rede social de apoio que proporciona aos idosos inquiridos o estabelecimento de interações e de relacionamentos com outras pessoas, traduzido pela autonomia no uso do telefone dos participantes, e lhes permite sentirem-se parte integrante da comunidade onde estão inseridos, evitando situações de isolamento social e sentimentos de solidão e inutilidade. Este estudo demonstra que, tal como refere Lauder et al, (2004), viver sozinho não é a mesma coisa, nem é um motivo próprio da solidão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEAL, C. - Loneliness in older Women: a review of the literature. *Mental Health Nursing*. Vol. 27 (2006), p.795-813.
- BENNETT, B. et al. - Perseverance by Older People in Their Management of Chronic Pain: A qualitative Study. *American Academy Pain Medicine*. Vol. 8, n.º 3 (2007), p.271-280.

- DAVIES, S. et al. - Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 9 (2000), p.127-136.
- DEWAR, A. - Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol. 24, n.º 1 (2005), p.33-38.
- DODLA, S. & LYONS, W. - Chronic Pain in Later Life. *Generations*. Vol. 30, n.º 3 (2006), p.77-82.
- DONALDSON, J. & WATSON, R. - Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 24 (1996), p.952-959.
- GUTIÉRREZ, D. et al. - Calidad de vida en el adulto mayor: estado físico y relaciones sociales. *Cuadernos Médico Sociales*. Vol. 18, n.º 1 (2008), p. 5-12.
- HAGBERG, M. et al. - The significance of personality factors for various dimensions of life quality among older people. *Aging & Mental Health*. Vol. 6, n.º 2 (2002), p.178-185.
- HERR, K. et al. - Evaluation of the lowa pain thermometer and other selected pain intensity scales in younger and older adult cohorts using controlled clinical pain. *Pain Medicine*. Vol. 8, n.º 7 (2007), p. 585-600.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Quem vive só em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. Vol. 33 (2001), p. 56-68.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Nos Próximos Vinte e Cinco Anos o Número de Idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens, 2007b. URL: [http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_INE/Destaques?DESTAQUESdest\\_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Destaques?DESTAQUESdest_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2) [Janeiro, 2007].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Dados Estatísticos: Projeções da população residente (Nº) por Sexo e Grupo etário, 2008a. URL: [http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_INE/bddXplorer?indOcorrCod=0001236&Contexto=pi&selTab=tab0](http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/bddXplorer?indOcorrCod=0001236&Contexto=pi&selTab=tab0) [Janeiro, 2008].
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Dados Estatísticos: População residente (Nº) por local de residência, Sexo e Grupo etário, 2008b. URL: [http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_INE/bddXplorer?indOcorrCod=0001236&Contexto=pi&selTab=tab0](http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/bddXplorer?indOcorrCod=0001236&Contexto=pi&selTab=tab0) [Janeiro, 2008].
- JACELON, C. - Older adults and autonomy in Acute Care. *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 30, n.º 11 (2004), p.29-36.
- LAUDER, W. et al. - A community survey of loneliness. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 46, n.º 1 (2004), p. 88-94.
- NERI, A. L. - *Envelhecimento e Qualidade de vida na Mulher*, 2001. URL: <http://www.alzheimer.med.br/mulher.pdf> [Setembro 25, 2008].
- SEQUEIRA, C. - *Cuidar de Idosos Dependentes*, 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2007.
- SOUSA, L. et al. - *Envelhecimento em Família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar, 2004.

## A DOR EXPERIENCIADA POR PESSOAS PORTADORAS DE GONARTROSE

Marques, M.A. \*

---

\* Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde (IPVC-ESS), Professora Adjunta, doutoranda em Enfermagem na UCP; e-mail: albertinamarques@ess.ipv.pt

## RESUMO

Entre muitos factores que interferem na qualidade de vida das pessoas, a dor é indiscutivelmente um dos principais factores de impacto negativo.

Neste contexto quisemos compreender a experiência de dor das pessoas com gonartrose através da sua percepção, com a finalidade de desenvolver intervenções promotoras do alívio deste fenómeno promovendo, assim, melhor qualidade de vida.

Trata-se de um estudo qualitativo sendo utilizado para colheita de dados a entrevista, efectuada a 21 pessoas portadoras de gonartrose e utilizada a análise de conteúdo para tratamento de dados.

A dor experienciada pelas pessoas portadoras de gonartrose é definida como: *agulhas a espetar, carne a rasgar*, etc. Os resultados revelam que a dor é contínua e de elevada intensidade para a maioria dos participantes, descrita como torturante, sacrificante, horrível, insuportável, terrível e violenta. Agravada por factores de ordem física designadamente: determinadas posturas corporais; início da deambulação, realização de movimentos bruscos, deambulação em terrenos acidentados e em declive, tempo e velocidade imprimida nesta. A influência da dor no bem-estar foi referida por quinze participantes, reflectindo-se na locomoção, na postura corporal, na reparação, nas AVDS e na actividade social, sendo a locomoção a mais mencionada.

A dor experienciada pelas pessoas portadoras de gonartrose é predominantemente intensa e incapacitante, provocando impacto negativo na sua qualidade de vida. Por inferência dos resultados constata-se que os profissionais de saúde ainda têm um árduo caminho a percorrer no sentido de proporcionar o alívio da dor vivenciada por estas pessoas.

**Palavras chave:** dor; pessoa com gonartrose; qualidade de vida.

## ABSTRACT

Among many factors that affect quality of life, pain is arguably one of the main factors of negative impact.

In this context we wanted to understand the pain experience of people with gonarthrosis through their perception, in order to develop interventions that promote the relief of this phenomenon and, consequently, better quality of life.

A qualitative study was used for data collection. Interviews were conducted on 21 people with gonarthrosis and it was used content analysis for data processing.

The pain experienced by people with gonarthrosis is defined as: *the needle stick, ripping flesh*, etc. The results reveal that the pain is continuous and high intensity for most of the participants and was described as excruciating, sacrificial, horrible, unbearable, terrible and violent. Aggravated by physical factors such as: certain body postures, early ambulation, performing jerky movements, walking on uneven ground and downhill, speed and time

walking. The influence of pain on well-being was reported by fifteen participants, reflected in locomotion, body posture, repair, ADLs and in social activity, being the most mentioned locomotion.

The pain experienced by people with gonarthrosis is predominantly intense and disabling, causing negative impact on their quality of life. By inference it appears that health professionals still have a hard way to go in order to provide relief of pain experienced by these people.

**Keywords:** pain; person with gonarthrosis, quality of life.

## INTRODUÇÃO

A dor crónica não oncológica constitui, desde há algum tempo, um importante foco de interesse da comunidade científica, pelo grande impacto que causa na qualidade de vida da pessoa. Em Portugal, um estudo realizado em 2002, pela ONSA, revela que 45,2% dos portugueses apresenta dores nos ossos e articulações (Rabiais, Nogueira e Falcão, 2003). Sendo, a gonartrose uma das patologias articulares que provoca dor intensa e que compromete a qualidade de vida, pretendemos compreender a experiência de dor das pessoas com gonartrose através da sua percepção, com a finalidade de desenvolver intervenções promotoras do alívio deste fenómeno promovendo, assim, melhor qualidade de vida.

## METODOLOGIA

Tendo por base a natureza e os contornos da problemática, realizou-se um estudo qualitativo baseado na fenomenologia.

O grupo de participantes foi constituído por 21 pessoas portadoras de gonartrose, distribuídos pelo género masculino (47,6%) e pelo género feminino (52,4%), situados maioritariamente na faixa etária dos 60-69 anos representando 46,6% dos inquiridos; a maioria, 38,1%, possui a 4ª classe ressalvando contudo que 23,8% dos inquiridos é analfabeto e 23,8% possuem menos do que a 4ª classe demonstrando ser um grupo de baixo nível literário; o sector de actividade predominante é o sector primário com 42,9%.

O estudo foi realizado numa instituição hospitalar do Minho. O método de recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada individual tendo sido realizadas pelo investigador, recorrendo à gravação dos depoimentos em fita magnética e posteriormente transcritas.

O material recolhido foi tratado com recurso a análise de conteúdo, tendo sido definidas as unidades de registo, procedendo-se posteriormente à categorização tendo sido constituídas: a área temática, as categorias e subcategorias, sendo estas definidas a posteriori no sentido do geral para o particular, à medida que foram sendo agrupadas as unidades de registo.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de efectuada a análise de conteúdo dos depoimentos obtidos emergiu a seguinte categorização, definida pelas: área temática, categorias e subcategorias apresentadas no quadro nº1.

### Quadro n.º 1 - A percepção da dor experienciada por pessoas portadoras de gonartrose

Categoria	Subcategoria
Terminologia descritiva do tipo de dor anterior à cirurgia	
Terminologia descritiva da intensidade de dor anterior à cirurgia	Intensa
	Moderada
	Variável
Representação da dor anterior à cirurgia	Indefinível
	Comparável
Duração da dor anterior à cirurgia	Contínua
Localização da dor anterior à cirurgia	Localizada
	Difusa
Factores que agravam a dor anterior à cirurgia	
Momentos da dor anterior à cirurgia	
Influência da dor anterior à cirurgia no bem-estar do doente	Locomoção
	Mobilização
	Postura corporal
	Reparação
	AVd's
	Actividade social

O fenómeno doloroso é algo que marca a pessoa perenemente, em que, as vivências dolorosas se perpetuam no pensamento, especialmente se a dor for prolongada no tempo. A este propósito Sandrin (2001) refere que a dor crónica se alimenta e se fortalece parecendo esquecer a sua origem. Ela continua a ser um sinal que já não mora apenas no corpo, mas também na psique.

Relativamente a esta dor, os doentes focalizaram a sua percepção, essencialmente, em torno de oito aspectos, designadamente: descrição da tipologia e intensidade de dor, a sua duração e localização topográfica, a sua representação, os factores que a agravam, os momentos em que surge e a influência desta no próprio bem-estar.

Dado que o fenómeno doloroso é algo difícil de definir, as pessoas portadoras de gonartrose na tentativa de descrever a dor percebida, recorreram ao uso de analogias com o intuito de mostrar o que, realmente, experi-

enciaram. *Agulhas a espetar, carne a rasgar, cão a morder*, foi a terminologia utilizada por elas para descrever o tipo de dor vivida nesse contexto. Assim, podemos verificar que os verbos utilizados mostram, desde logo, a violência do estado doloroso que esta dor provoca nestas pessoas.

A intensidade de dor foi, sem dúvida, na maioria dos casos, o primeiro aspecto a ser mencionado, sempre que os participantes se propunham descrever a sua dor. Relativamente a este parâmetro apenas duas pessoas referiram sentir dor moderada, duas delas referiram dor variável (ora moderada ora intensa), no entanto, a maioria referiu sentir dor intensa, indo de encontro ao referencial teórico apresentado. Para descrever o grau de intensidade dolorosa experienciado as pessoas utilizaram termos como: torturante, sacrificante, horrível, insuportável, terrível, violenta, um leque variado de vocábulos que denotam uma carga emocional acentuada, que nos indica tratar-se de um período extremamente doloroso onde as pessoas com gonartrose vivenciam fenómenos de dor intensa. O cunho que a dor crónica deixa na pessoa, é bastante perceptível a julgar quer pelos adjectivos utilizados para a classificar, quer pela espontaneidade e frequência com que despontaram durante as entrevistas, revelando, desde logo, o sofrimento a que as pessoas estão votados quando vivenciam este tipo de dor. Perante o exposto, parece-nos que o conhecimento dos termos utilizados nos permite inferir, então, não apenas a dimensão sensorial da dor, mas também, a dimensão emocional, aspecto indissociável deste fenómeno, que nos parece fundamental ter em conta para o cuidado adequado à pessoa com dor. Assim, tal como refere Branco (1998) sendo a dimensão afectiva da dor uma realidade difícil de descrever, a utilização dos relatos dos participantes pode ajudar na compreensão deste aspecto que integra o fenómeno doloroso.

Da análise efectuada constatámos, ainda que, é uma dor contínua no tempo causando à pessoa sentimentos de angústia a entender pela seguinte afirmação “...*eu tinha dias que andava com esta dor todo o dia. (...) era sempre seguida (...) aquilo era massacrador... todos os dias, todos os dias*” EF1. Relativamente à localização da dor, as manifestações divergiram, sendo que para uns a dor era difusa enquanto para um deles era localizada. No que se refere ao seu aparecimento ela surge a qualquer momento sem ter sido referido um momento específico.

Factores de ordem física relacionados com a postura corporal adoptada e a mobilidade tais como o início da deambulação, realização de movimentos bruscos, deambulação em terrenos acidentados e em declive, o tempo e a velocidade imprimida na marcha foram os factores referidos como agravantes da dor vivida pela pessoa com gonartrose.

A influência da dor no bem-estar das pessoas foi referida por quinze participantes, o que demonstra, em nosso entender, o impacto significativo que a dor tem na sua vida. Esta influência reflectiu-se: na locomoção “... *É uma dor (...) que inibe um indivíduo de poder andar, nem com canadianas...*” EM5; na postura corporal “*Que as [dores] da artrose, eu queria me virar e passava os meus pecados. Na cama eu mexia-me para um lado e para o outro e, ui, Jesus! O que eu penava.*” EF12; na reparação “...*se andasse muito, à noite já não dormia...*” EF6; nas actividades de vida diária “...*era preciso calçarem-me, o mais das vezes, era preciso puxarem-me as calças e, isso tudo, por causa das dores...*” EF15; na actividade social “...*alterou tudo, o bem-estar, e o modo de vida todo, alterou tudo*” EM5.

Destacamos aqui a influência da dor exercida sobre a locomoção por ter sido aquela que foi mencionada por mais pessoas. Isto leva-nos a inferir que estando a capacidade funcional comprometida, também, a realização de actividades do quotidiano, como ir às compras, fazer trabalhos domésticos e, mesmo, desenvolver actividades de lazer e de repouso estarão comprometidas do mesmo modo. Por isso, apesar de este tipo de situações ter sido mencionado menos vezes parece-nos poder dizer que a dor influencia a realização de todas estas actividades, uma vez que estas não se podem dissociar da capacidade funcional. Assim, perante estes resultados parece-nos poder afirmar que a dor experienciada por pessoas portadoras de gonartrose é de facto um factor que interfere profundamente no seu bem-estar.

Um estudo sobre o tratamento da dor crónica na Europa realizado em 16 países diferentes (Perez Sanchez et al, 2006) comprova as implicações sócio-laborais deste fenómeno, cujos resultados revelaram que 40% (dos 20% dos doentes que perderam o seu trabalho devido à dor crónica) viram limitada a sua capacidade para levar a cabo a sua vida quotidiana. Este estudo vem, em certa medida, corroborar os resultados alcançados, na medida em que estes nos mostram que a dor anterior à cirurgia impõe restrições à realização das actividades do dia-a-dia.

## CONCLUSÃO

À luz do exposto, parece-nos poder afirmar que a dor percebida pelas pessoas portadoras de gonartrose é uma dor global, que irradia para os vários segmentos de vida. Caracterizada por ser continuada no tempo e essencialmente de elevada intensidade, por condicionar amplamente a pessoa nas actividades do dia-a-dia comprometendo de forma acentuada a sua qualidade de vida. Este tipo de dor faz com que a pessoa viva um tipo de experiência negativa que a conduz a sentimentos de profundo descontentamento e angústia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARQUES, M.A.A. - *A dor pós-operatória dos doentes submetidos a artroplastia total do joelho*. Porto: ICBAS - Universidade do Porto, 2008. Tese de Mestrado.

PÉREZ-SÁNCHEZ, T. [et al.] - Análisis del tratamiento del dolor crónico en Europa. *Revista de la Sociedad Española de la Dolor*. Vol. 13, n.º1 (2006), p.47- 48.

RABIAIS, S.; NOGUEIRA, P. J.; FALCÃO, J. M. - *A dor na população portuguesa: alguns aspectos epidemiológicos*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2003.

SANDRIN, Luciano - *Como enfrentar a dor*. Lisboa: Paulinas, 2001.

ESTUDOS SOBRE O PROCESSO DE CUIDADOS DOS  
ENFERMEIROS PERANTE O SOFRIMENTO  
DA PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA:  
REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Cerqueira, M.\*

---

\* Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde (IPVC-ESS), Professora Adjunta, doutoranda em Enfermagem na UL; e-mail: manuelacerqueira@ess.ipvc.pt

## RESUMO

Cuidar da pessoa em fim de vida e da sua família em sofrimento, toca em particular os profissionais de saúde educados para o curar, e dirigidos por políticas de cuidados de saúde hospitalar orientadas, sobretudo, para o tratamento da doença, reabilitação de indivíduos e integração social. Neste sentido, definimos como objectivo: analisar a literatura nacional e internacional, relativa ao processo de cuidados dos enfermeiros face ao sofrimento da pessoa em fim de vida e família em contexto hospitalar; a fim de identificar temas que têm sido pesquisados, levantando indicadores de necessidades. Para isso realizou-se uma revisão sistemática de literatura de estudos qualitativos no período entre 1999-2006. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: *end of life; death; nursing care; care development; care construction; patient's needs; family caregiver; qualitative research*. Recorremos ao método PI[C]OD: participantes - enfermeiros, pessoas em fim de vida e familiares; Intervenções – Processo de cuidados de enfermagem; [Comparações]; Outcomes - cuidados prestado.

Obtivemos 180 estudos relevantes para a questão em estudo. Após a análise dos resumos, ficaram reduzidos a 50. Depois de uma leitura integral dos artigos a amostra ficou reduzida a 17 estudos.

Os estudos alertam para a importância que o processo de cuidados dos enfermeiros tem na qualidade de vida das pessoas em fim de vida, salientando que as interações realizadas originam uma série de sentimentos e emoções que por vezes são escondidas no processo de cuidados. Salientam ainda que o paradigma do cuidar assenta na cura e não no cuidar, pelo que o conceito de cuidados paliativos, alívio do sofrimento, é ainda hoje um constructo complexo.

**Palavras-chave:** processo de cuidados; enfermeiros; pessoa em fim de vida e família; sofrimento

## ABSTRACT

Caring for end of life patients and their suffering families, touches in particular health professionals trained to heal and directed by health policies geared mainly for the treatment of diseases, rehabilitation and social integration of individuals. In this sense we define the objective: to analyze the national and international literature regarding the nursing care process facing the end of life patient suffering and their family in the hospital context, in order to identify issues that have been researched and, therefore, rising indicators of needs. We carried out a systematic review of literature of qualitative studies in the period 1999-2006. The keywords used in the research were: *end of life, death, nursing care, care development; care construction; patient's needs, family caregiver; qualitative research*. We used the PI[C]OD method: participants - nurses, end of life patients and their family; Interventions - Nursing care process; [Comparisons]; Outcomes - care provided.

We obtained 180 relevant studies. After analyzing the abstracts, were reduced to 50. After a thorough reading of the articles the sample was reduced to 17 studies.

The studies warn for the importance that the process of nursing care have in quality of life of end of life patients,

stressing that the interactions originated can conduct to a series of feelings and emotions that are sometimes hidden in the care process. They note that the paradigm of care is based on healing and not in caring, so the concept of palliative care, relief of suffering, is still a complex construct.

**Keywords:** process of care; nurses; person at life's end and family; suffering.

## INTRODUÇÃO

A pessoa em fim de vida, experiencia um esvaziamento do seu projecto de vida provocando sofrimento em todos os níveis da pessoa humana, contudo, é do conhecimento de todos que a resposta organizada no âmbito dos cuidados paliativos em Portugal é quase inexistente, pelo que a pessoa em fim de vida e família fica entregue apenas a cuidados do âmbito generalista que apesar de importante não esgotam a necessidade de cuidados activos e intensos de conforto e bem-estar. Moreira (2001: 43) refere que "...actualmente, a maioria dos doentes terminais que ingressam nos hospitais gerais ou oncológicos não recebem cuidados inerentes ao doente em fase terminal e com a qualidade desejável, sendo tratados como doentes curáveis...". Neste sentido, a compreensão do significado do sofrimento e de como ele se processa ajuda os profissionais a tomarem medidas adequadas no alívio sintomático, geradores de sofrimento. Assim, surgiu a pergunta de investigação: *Que processo de cuidados mobilizam os enfermeiros dos cuidados de saúde hospitalares no alívio do sofrimento da pessoa em fim de vida e família?* Para isso, procuramos analisar a literatura nacional e internacional, relativo ao processo de cuidados dos enfermeiros face ao sofrimento da pessoa em fim de vida e família em contexto hospitalar, a fim de identificar temas que têm sido pesquisados, levantando indicadores de necessidades

## METODOLOGIA

Revisão sistemática da literatura abrangendo o período de 1999 a 2006, efectuada a literatura nacional, publicações indexadas sobre o tema, em bases de dados on-line: BDENF (Banco de dados em Enfermagem); LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde); DEDALUS (Banco de dados bibliográficos da USP); MEDLINE; PUBMED; BIONE Z39; Nursing and Allied Health Collection, World Health Organization – WHO/ OMS. Procura manual de publicações não indexadas, incluindo dissertações, artigos, capítulos de livros, documentação de bibliotecas, nos idiomas português, inglês, francês e espanhol. Efectuou-se ainda, uma busca não sistemática de publicações científicas referentes à temática que pudessem contribuir para o levantar de indicadores no alívio do sofrimento da pessoa em fim de vida e família. Definidos os textos de pesquisa, realizou-se uma leitura selectiva, seguindo a metodologia P[IC]OD: P (Participantes– Enfermeiros e doentes em fim de vida e família em sofrimento + (contexto); I (intervention- cuidados ao doente em fim de vida e família em sofrimento); C (Comparisons); O (Outcomes- cuidados paliativos, sofrimento, cuidados ao doente terminal e família), D (Design – Estudos qualitativos). Finalmente fez-se uma leitura interpretativa, em que se estabeleceu relações entre o conteúdo das fontes pesquisadas e outros conhecimentos adquiridos. A tabela seguinte mostra os critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários.

Tabela 1- Critérios de Inclusão e Exclusão de estudos

Critérios de selecção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Enfermeiros, doentes em fim de vida e família em sofrimento no contexto hospitalar	Doentes em fase aguda Doentes em contexto domiciliário
Desenho	A evidência científica ter sido obtida através de abordagem qualitativa de investigação	Estudos quantitativos

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Estudos sobre o processo de cuidados dos enfermeiros face ao sofrimento da pessoa em fim de vida e família, distinguidos quanto aos autores, amostra/critérios, objectivos/intervenções, dados encontrados/sugestões e desenho do estudo.

Tabela 2 - Processo de cuidados dos enfermeiros face ao sofrimento da pessoa em fim de vida e família em contexto hospitalar

Autores	Amostra / Critérios	Objectivos / Intervenções	Dados encontrados / Sugestões	Desenho Estudo
A. Kamimura, J. Banaszak-Holl (2004) Japão	18 Enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos	Conhecer as habilidades comunicacionais dos enfermeiros com outros profissionais de saúde e com as pessoas em fim.  Técnica de colheita de dados: entrevista semi-estruturada.	Dificuldades na comunicação das enfermeiras com os doentes em fim de vida e suas famílias. A cultura organizacional não promove o desenvolvimento de competências relacionais.	Exploratório
Green, S. Dena et al., (2005) EUA	174 Enfermeiras que cuidam de pessoas em fim de vida	Identificar constrangimentos colocados aos enfermeiros.  Técnica de colheita de dados: questionário de perguntas abertas.	Obstáculos à comunicação: alteração súbita do estado do doente ou a sua morte, a hesitação dos médicos para discutirem o prognóstico com os doentes e familiares, o que interfere na prestação dos cuidados de enfermagem.	Qualitativo
King, Cynthia et al., (2002) EUA	24 Enfermeiras que trabalham em serviços de Oncologia	Conhecer a perspectiva das enfermeiras sobre as necessidades dos doentes no fim de vida.  Técnica de colheita de dados: "focus group".	O cuidado de enfermagem assenta no controle dos sintomas da doença.	Qualitativo

Hopkinson, Jane et al., (2004) Reino Unido	28 Enfermeiras	Compreender como as enfermeiras cuidavam da pessoa no seu processo de morrer e construir uma teoria.	Proporcionar um bom fim de vida à pessoa implica que os cuidados de enfermagem promovam para além da presença da família um bom controlo da dor.	Ajudar a morrer é uma parte do “trabalho que fazem”; confrontam-se com questões colocadas pelos doentes que não sabem responder tais como: “Quando vou morrer?”	Fenomenológico
Mohan S, et al. (2005) Austrália	5 Enfermeiras	Aceder às experiências das enfermeiras.  Técnica de colheita de dados: entrevista.	Dificuldades referidas: não possuir formação específica na área dos cuidados paliativos. Falta do acompanhamento dos familiares.	As enfermeiras vivem momentos de tensão e envolvimento emocional que as inibe de proporcionar o conforto no fim de vida.	Grounded Theory
Nordgren Lena et al., (2004) Suécia	Enfermeiras e médicos que trabalham numa unidade de cuidados paliativos coronárias	Compreender as percepções dos cuidadores face à prestação dos cuidados.  Técnica de colheita de dados: entrevista semi-estruturada.	O cuidado de enfermagem caracteriza-se por: aliviar o sofrimento; controlar a dor física e emocional; controlar a ansiedade; controlar a dor emocional dos familiares. Sugerem que os doentes e os seus familiares devem ser incluídos nas tomadas de decisão. Os obstáculos com que se deparam são: falta de conhecimentos e in experiência e ambiente inadequado (Unidade de doentes agudos)		Qualitativo
Lopes, António (2004) Portugal	13 Enfermeiros	Encontrar o significado do cuidar a pessoa em fim de vida na perspectiva dos enfermeiros.  Técnica de colheita de dados: entrevista semi-estruturada.	O acompanhamento à pessoa em fim de vida causa desgaste e cansaço.  Por vezes, os cuidados não correspondem às expectativas do doente e família, levando-o a adoptar mecanismos de defesa, como a fuga e o medo de se exporem perante os familiares. Os enfermeiros incentivam os familiares a participarem nos cuidados à pessoa em fim de vida e a estarem presentes no momento da morte.		Grounded Theory
Thompson, Genevieve, et al (2006) Canadá	10 Enfermeiras	Conhecer as perspectivas das enfermeiras e os processos inerentes e elaborar uma teoria de médio alcance.  Técnica de colheitas de dados: observação participante, entrevista e notas de campo.	Quando o doente e a sua família entendem o processo da doença e participam activamente nas tomadas de decisão, é mais fácil a prestação dos cuidados.	Existem aspectos negativos: as enfermeiras sentem-se frustradas e moralmente perturbadas para continuar determinados tratamentos quando as pessoas precisam de cuidados paliativos. A idade dos doentes pode levar a enfermeira a identificar-se com eles, sobretudo, se são jovens.	Grounded theory
			A fim de proporcionar um fim de vida com qualidade, as enfermeiras criam um ambiente que proporciona privacidade e não limitam as horas das visitas.	Os factores organizacionais como a falta de quartos privados, de telefone e a monotonia também limitam a prestação do cuidado com qualidade.	

## CONCLUSÕES

Pela análise efectuada do material seleccionado pode-se dizer que o sofrimento enquanto experiência subjectiva deve constituir foco de atenção dos profissionais de enfermagem.

Ao proceder à reflexão parece importante que para ajudar a pessoa em fim de vida e sua família em sofrimento, terá de passar pela presença efectiva e pela partilha, exigindo solicitude, acompanhamento e reconhecimento da vulnerabilidade. Por outro lado é importante que os enfermeiros que lidam com o sofrimento da pessoa em fim de vida e família em contexto hospitalar, tenham o mínimo de competências quer pessoais e relacionais, de forma a os ajudar no estabelecimento de estratégias para lidar com o sofrimento humano.

Os estudos apontam para a necessidade de uma mudança do paradigma do curar para o cuidar, formação dos profissionais e investimento em estudos para que haja mudança da realidade das pessoas em fim de vida e suas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HOPKINSON, J. B.; HALLET, C. E.; LUKER, K. A. - Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (5) (2003), p.525-533.

LOPES, M J. - *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-moral. Alguns Dados e Implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1999.

MOREIRA, G. Y. - O doente terminal. *Servir*. Lisboa, 40 (3) (1992), p.147-9.

PINCOMBE, J.; BROWN, M.; McCUTCHEON - No time for dying: A study of case of dying patients in two acute care australian hospitals. *Journal of Palliative Care*. 19 (2) (2003), p. 77.

KAMIMURA, A.; BANASZAK-HOLL, J. - Uncertainty and communication: Nurse`s communication in Japanese Palliative Care. *The Gerontologist*. 44 (1) (2004), p. 660.

TOMEY, Ann Marriner e Alligod, Martha - Virginia Henderson: Definição de Enfermagem. In *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*, Cap. 8. (5.ª Ed.). Loures. Lusociência, 2004.

VIG, E.; PEARLMAN, R. - Quality of Life While Dying: A Qualitative Study of Terminally III Older Men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (11) (2003), p.1595-1601.

WONG, F; LEE, W. - A phenomenological study of early nursing experiences in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6) (2000), p.1509-1519.

# MOTIVOS QUE LEVAM AS PESSOAS PORTADORAS DE GONARTROSE A SEREM SUBMETIDAS A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

Marques, M. A. \*

---

\* Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde (IPVC-ESS), Professora Adjunta, doutoranda em Enfermagem na UCP; e-mail: albertinamarques@ess.ipv.pt

## RESUMO

A dor é provavelmente o problema de saúde que leva o maior número de pessoas a recorrer aos cuidados de saúde. Na gonartrose, não é exceção, a dor e a incapacidade funcional assumem especial destaque nas pessoas portadoras desta afecção, causando-lhes débil qualidade de vida. A dor grave que não responde a tratamento farmacológico associada à limitação funcional, são, as principais indicações para a realização da artroplastia total do joelho (ATJ).

Neste contexto, colocámos a questão: quais serão os motivos que levam as pessoas com gonartrose a serem intervencionadas? Assim, definimos como objectivo: conhecer os motivos que levam as pessoas com gonartrose a serem submetidas a ATJ, com a finalidade de estabelecer programas de cuidados direccionados para as reais necessidades destas pessoas, de forma a proporcionar melhor qualidade de vida.

Trata-se de um estudo qualitativo baseado na fenomenologia. Para colheita de dados utilizamos a entrevista e para tratamento de dados a análise de conteúdo. Os participantes do estudo foram 21 pessoas portadoras de gonartrose submetidas a ATJ.

Os resultados mostram que os motivos que levaram os participantes do estudo a serem submetidos a ATJ foram a dor e dificuldade na locomoção. Os motivos evocados demonstram a busca, por parte de quem sofre, de melhor evolução da sua patologia, de saúde, em última instância, de melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** dor, pessoa com gonartrose, artroplastia total do joelho, qualidade de vida

## ABSTRACT

The pain is probably the health problem that takes more people to use health care. Gonarthrosis is no exception. Pain and functional disability are especially prominent in people with this condition, causing them weak quality of life. The severe pain that does not respond to pharmacological treatment associated with functional limitation, are the main indications for total knee arthroplasty (TKA).

This raises the question: what are the reasons that lead people with gonarthrosis to be intervened? Thus, we define the objective: to know the reasons why people with gonarthrosis need to be submitted to a TKA procedure, in order to establish care programs targeted to the real needs of these people and thus, providing better quality of life.

This is a qualitative study based on phenomenology. For data collection we used the interview and data processing for content analysis. Study participants were 21 people with gonarthrosis submitted to TKA.

The results show that the reasons why the study participants were submitted to TKA were pain and difficulty in locomotion. The reasons show the search for better development of their disease, health, ultimately, better quality of life in those who suffer.

**Keywords:** pain; people with gonarthrosis; total knee arthroplasty; quality of life

## INTRODUÇÃO

A gonartrose enquanto doença osteoarticular de carácter degenerativo que provoca destruição da superfície articular do joelho causando dor e limitação funcional é devastadora para quem a vivencia causando um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas.

A dor surge quando há maior actividade da articulação, no entanto, com o agravamento da situação o estado nociceptivo intensifica-se surgindo para pequenos esforços e até em repouso, influenciando as actividades de vida diária, de satisfação pessoal e social.

Quando o tratamento farmacológico é insuficiente para o alívio da sintomatologia a realização da artroplastia total do joelho impõe-se.

Neste contexto, pareceu-nos pertinente conhecer os motivos que levam os participantes deste estudo a serem submetidos a artroplastia total do joelho, com a finalidade de estabelecer programas de cuidados direccionados para as reais necessidades destas pessoas, de forma a proporcionar melhor qualidade de vida.

## METODOLOGIA

À luz dos pressupostos teóricos e da natureza da problemática, realizamos um estudo qualitativo baseado na fenomenologia.

O grupo de participantes foi constituído por 21 pessoas portadoras de gonartrose submetidos a ATJ, distribuídos pelo género masculino (47,6%) e pelo género feminino (52,4%), situados maioritariamente (46,6%) na faixa etária dos 60-69 anos; a maioria, 38,1%, possui a 4ª classe ressalvando contudo que 23,8% dos inquiridos é analfabeto e 23,8% possuem menos do que a 4ª classe demonstrando ser um grupo de baixo nível literário; o sector de actividade predominante é o sector primário com 42,9%.

O estudo foi realizado numa instituição hospitalar do Minho. O método de recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada individual tendo sido realizada pelo investigador, sendo os depoimentos gravados em fita magnética e posteriormente transcritos.

O material recolhido foi submetido a análise de conteúdo, tendo sido definidas as unidades de registo. Posteriormente procedemos à categorização constituindo-se: a área temática e as categorias, sendo estas definidas a posteriori no sentido do geral para o particular; à medida que foram sendo agrupadas as unidades de registo.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Efectuada a análise ao conteúdo das entrevistas emergiu a área temática: Motivos que levam os doentes a serem submetidos a artroplastia total do joelho surgindo as categorias: Dor e Dificuldade na locomoção (Quadro 1).

## Quadro I: Motivos que levam os doentes a serem submetidos a artroplastia total do joelho

Categoria	Unidades de registo	n.º u. r.	n.º d.
	“...eu vim ser operada para ver se me passava a dor.” EF1		
	“Para (...) não ter dores.” EM4		
Dor	“...as dores eram muitas e digo eu: “tenho que ir”” EF10		
	“...queria que me passassem as dores...” EM11	6	6
	“...as dores, essas são horríveis, isso não desejo a ninguém. Foi por isso que quis ser operado.” EM13		
	“Foi para não ter dores...” EM17		
	“...porque tinha alturas que já não andava... só de bengala... subir escadas em casa era o sacrifício maior do mundo (...) eu não era senhora de ir às compras e andar durante uma hora às compras, que quando chegava a casa já não me mexia e isso foi o que me levou mais a ser operada” EF1		
Dificuldade na locomoção	“...eu gostava de ser operado, porque gostava de andar... uma pessoa parada não é vida nenhuma...” EM4		
	“Para melhorar (...) porque esta perna já estava a ficar muito torta (...) e podia ficar sem andar. E eu aí tive medo” EM7	7	7
	“Porque não podia andar...” EF10		
	“...queria (...) andar...” EM11		
	“...o deixar de andar...” EF15		
	“...tenho de ser operado, que se não sou operado fico parado, não posso andar” EM17		

Este estudo revela-nos que as pessoas portadoras de gonartrose submetidas artroplastia total do joelho consideram a dor e a dificuldade de locomoção os motivos determinantes que os conduziu à intervenção cirúrgica. Na maioria dos casos, estes aspectos estão relacionados, pois é a própria dor que gera o deficit funcional podendo evoluir até à limitação total de deambulação. Quer num caso quer noutro, para além do dano físico que provocam no doente, estes dois sintomas negam à pessoa a possibilidade de realizar as suas actividades do quotidiano quer sejam de ordem pessoal ou social. Na tentativa de fundamentar esta afirmação apresentamos alguns dos depoimentos: “...as dores, essas são horríveis, isso não desejo a ninguém. Foi por isso que quis ser operado.” EM13; “...porque tinha alturas que já não andava... só de bengala... subir escadas em casa era o sacrifício maior do mundo (...) eu não era senhora de ir às compras e andar durante uma hora às compras, que quando chegava a casa já não me mexia e isso foi o que me levou mais a ser operada” EF1.

Muitas das pessoas com gonartrose, apesar de saberem que vão sentir dor pós-operatória sujeitam-se à realização de uma cirurgia em troca de melhor qualidade de vida.

Estes resultados têm alguns aspectos em comum com um estudo qualitativo realizado no Reino Unido por Toye et al (2006) sobre os significados/propósitos pessoais da necessidade de efectuar uma artroplastia total do joelho, efectuado a doentes que se encontravam na lista de espera para a cirurgia. As razões relatadas pelos participantes dessa pesquisa foram várias: a adopção de um modelo médico, o incentivo doutras pessoas, a dor, a perda funcional, sentimentos de vulnerabilidade, a dependência, a fadiga, ideias de que a da doença vai progredir e expectativas face a artroplastia total do joelho. Os resultados sugerem, assim, que, a decisão de ser submetido à artroplastia total do joelho não tem a ver apenas com os sintomas da doença, mas também com os propósitos/significados individuais de cada pessoa.

## CONCLUSÃO

Quando cuidamos de uma pessoa submetida a artroplastia total do joelho, acreditamos ser importante conhecer qual o verdadeiro motivo que a levou a ser operada pois, desta forma, poderemos perceber melhor os seus comportamentos e as suas preocupações. Na verdade, aquilo que muitas vezes é importante para uma pessoa não tem que ser necessariamente igual para outra (por exemplo enquanto para uma pessoa o seu objectivo a alcançar com a artroplastia do joelho é a ausência de dor, para outra o seu verdadeiro intuito é recuperar a capacidade funcional para reatar as actividades da rotina diária e quiçá laboral) e só através deste conhecimento tornaremos os cuidados de enfermagem cada vez mais individualizados e humanizados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKTINSON, L. D.; MURRAY, M. E. - *A necessidade de evitar a dor*. In: *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- DIAS, M. R.; BRITO, J. A. A. - No quotidiano da dor: a procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*. XX, n.º 1 (2002), p.91-105
- HERNANDEZ, A. J.; FAVARO, E. - Artroplastia total do joelho. *Revista@dojoelho*. [em linha]. (Jan.-Fev., 2006). [consult. 12 Abr. 2007]. Disponível na <http://www.sbcj.org.br/revistadojoelho/index.cfm?area=03artigo02>
- MARQUES, M.A.A. - *A dor Pós-operatória dos doentes submetidos a artroplastia total do joelho*. Porto. ICBAS-Universidade do Porto. 2008. Tese de Mestrado.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 : Mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Vol.1 - Prioridades & Vol.2 - Orientações estratégicas, 2004.
- TOYE, F. M. [et al.] - Personal meanings in the construction of need for total knee replacement surgery. *Social Science & Medicine*. Vol. 63 (2006), p. 43-53.

resumos de comunicações

## REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO

Oliveira, E.N.; Vasconcelos, M. C.; Costa, F.B.C.; Eloia, S.C.; Gubert, F.A.

[e-mail: eliany@hotmail.com]

A violência doméstica atinge todos os componentes familiares, sendo as crianças consideradas as principais vítimas. Neste contexto, o estudo foi caracterizado como qualitativo, com o seguinte objetivo: compreender as repercussões da violência sofrida na infância de adolescentes do sexo feminino, tendo como referencial o processo saúde-doença mental. A amostra foi delimitada por saturação, onde procuramos suspender a inclusão de novos participantes a partir do momento em que as informações obtidas passaram a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo interessante continuar com a coleta de informações. Foram entrevistadas 41 adolescentes. As informações foram organizadas e analisadas emergindo seis categorias de análise: negligência emocional; abuso físico e emocional, marcas da violência; traumas da violência; superando a violência. De acordo com os resultados, um traço cultural importante e que foi identificado através das entrevistas, parece ser ainda a admissão do direito sem limites dos cuidadores sobre a criança e adolescente, o que leva ao abuso do poder do mais forte sobre o mais fraco. Também se põe em questão, o fato de quando e onde a problemática da violência doméstica e suas categorias relevantes devem ser trazidas para discussões amplas dentro da sociedade, de tal modo a poder avaliar o prejuízo que a manutenção do silêncio sobre os maus-tratos no ambiente doméstico acarreta a estas adolescentes do sexo feminino. Existe a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre esse tema, na sua diversidade de enfoques, de forma a intervir na melhoria da qualidade de vida e saúde mental das adolescentes envolvidas em processo violentos.

## PERTURBAÇÕES AFECTIVO-EMOCIONAIS: DA PREVALÊNCIA ÀS PERSPECTIVAS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Figueiredo, M.H.J.S; Apóstolo, J.L.A.; Antunes, M.T.C.; Rodrigues, M.A.; Lopes, M.C.F.G

[e-mail: henriqueta@esenf.pt]

**Introdução:** Os problemas de saúde mental constituem actualmente a principal causa de incapacidade (WHO, 2008). As perturbações afectivo-emocionais, sobretudo as do tipo depressivo, são especialmente prevalentes em utentes de Cuidados de Saúde Primários havendo necessidade de desenvolver estudos epidemiológicos de base populacionais em Portugal (Gusmão et al., 2005).

**Objectivos:** Descrever os níveis de depressão, ansiedade e stresse de utilizadores de um centro de saúde urbano/rural, analisar as diferenças de género e a relação entre depressão, ansiedade, stresse e idade.

**Método:** Estudo descritivo analítico, aplicando a versão portuguesa da DASS-21 a uma amostra consecutiva (n=441).

**Resultados:** 40% a 50% dos indivíduos apresentam algum grau de perturbação afectivo-emocional (depressão, ansiedade ou stresse). Foram identificados níveis severos ou muito severos de ansiedade e stresse em mais de 17% dos indivíduos e níveis severos ou muito severos de depressão em 12%. As mulheres apresentam níveis médios de depressão, ansiedade e stresse mais elevados que os homens. Depressão, ansiedade e stresse estão forte e positivamente associados. Os indivíduos com idade superior a 65 anos apresentam valores de depressão ansiedade e stresse mais elevados.

**Conclusão:** Estes resultados apontam para uma alta prevalência de depressão, ansiedade e stresse – mais alta que a de outros países – e mais alta nos mais idosos e revelam ainda diferenças de género e co-morbilidade dos estados afectivo-emocionais. Com base neles, dever-se-ão desenvolver estratégias de intervenção individual e comunitária para a promoção da saúde mental e prevenção da doença, particularmente junto das mulheres e da população idosa.

### Referências Bibliográficas

GUSMÃO, R.; XAVIER, M.; HEITOR M.; BENTO, A. - O peso das perturbações depressivas - Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18 (2005), 129-146.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The world health report 2008. Primary health care – now more than ever*. Geneva: WHO, 2008.

## UTILIZAÇÃO DO WHOQOL-BREF NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS DOS 0-6 ANOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Nunes, H. M.

[e-mail: nunes.hm@gmail.com]

O objectivo fundamental da IP é o de capacitar as famílias e otimizar os seus padrões de interacção, assim a intervenção deverá contemplar o envolvimento das famílias e dos ambientes onde estas se inserem, a fim de promover o desenvolvimento da criança e uma melhoria da qualidade de vida das famílias.

Durante a última década, foi possível observar um crescimento exponencial da produção científica sobre qualidade de vida (QdV). Este crescimento demonstra o interesse e a força da pesquisa nessa área. Vários estudos demonstram a ligação entre os serviços de IP e a QdV das famílias.

Realizamos um estudo de natureza descritiva e indutiva ou inferencial, de carácter observacional-descritivo, e transversal. O WHOQOL-BREF é um instrumento validado e aferido para a população portuguesa e que se destina a avaliar a Qualidade de Vida em diferentes campos de actuação. Como seja a saúde, a educação, podendo ser utilizado em diferentes populações. Utilizamos esta escala no nosso estudo, assim como um questionário elaborado pelos autores que procurou indagar sobre a relação entre a qualidade de vida das famílias de crianças com necessidades especiais e o apoio de intervenção precoce.

No nosso estudo utilizamos dados relativos a 82 famílias que beneficiam de apoio de um serviço de IP e analisamos factores como a dificuldade da criança percebida pelos pais/cuidadores, tempo de intervenção no serviço de IP, idade da criança no início do apoio, tempo de deslocação ao serviço.

A avaliação da adequabilidade do uso do WHOQOL-BREF à nossa população através das qualidades psicométricas (consistência interna, correlação de Pearson, validade discriminante) revelou bons resultados, indicativos da sua utilização para a avaliação da qualidade de vida nas famílias de crianças com necessidades especiais dos 0-6 anos, constituindo-se assim como uma das mais valias da nossa investigação.

## ESCOLAS SEM VIOLÊNCIA: UM DESAFIO PARA A EQUIPE DE SAÚDE ESCOLAR DE UM CENTRO DE SAÚDE

Martins, T.; Sousa, M.; Maia, C.; Vasconcelos, S.

[e-mail: teresam@esenf.pt]

Com o objectivo de evitar o bullying e promover o sentido de cidadania nos adolescentes, a equipe de saúde escolar de um Centro de Saúde, em parceria com alunos de enfermagem, intervieram em Escolas Secundárias da cidade do Porto, ao longo do ano lectivo de 2009/2010.

Foi inicialmente desenvolvido um diagnóstico da situação para avaliar o perfil do aluno bem como os possíveis espaços críticos na escola, onde a violência poderia ocorrer mais facilmente.

O programa recebeu a aprovação ética local, e foi planeado conjuntamente com os professores e a polícia responsável pelo projecto Escola segura.

Porque cada escola tinha cerca de 1200 alunos, não sendo possível trabalhar em estreita colaboração com todos os anos, optamos por intervir exclusivamente nas turmas dos 5.º e 6.º ano de escolaridade, com um total de 340 alunos. Estes alunos tiveram quatro sessões formais em contexto de sala de aula e actividades informais, que foram desenvolvidas durante do ano escolar. As sessões formais pretenderam, para além de fornecer informações sobre o bullying, trabalhar com os alunos o auto-controlo bem como atitudes que promovem a inclusão social e a cidadania. A polícia colaborou nestas sessões informando mais especificamente sobre aspectos legais da violência e das leis Portuguesas para menores. As actividades informais foram estendidas a toda a comunidade escolar e incluíram jogos e outras actividades desenvolvidas em espaços de lazer.

Todas as sessões formais e informais foram desenvolvidas por enfermeiras com a colaboração de estudantes de enfermagem.

Ao longo do programa, através da aplicação de questionários e do contacto com a comunidade escolar, verificamos que os alunos estão mais atentos ao bullying e que as situações de violência foram reduzidas. A escola também aprovou câmaras de vigilância nos espaços identificados como críticos.

## AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR: CONTRIBUIÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Melo, P.; Figueiredo, M.H.; Oliveira, P.; Vilar, A.; Silva, S.; Charepe, Z.

[e-mail: palmiraoliveira@esenf.pt]

**Introdução:** A complexidade inerente à família, enquanto alvo de cuidados do enfermeiro, exige a aquisição de competências específicas e outras de índole transversal, que lhe permitam agir em situação. Dessa forma, e no decurso do Processo de Bolonha, impõe-se a pedagogia da construção autónoma da aprendizagem, com o intuito de o capacitar com essas competências. É nesta complexidade que o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - MDAIF (Figueiredo, 2009), ao focar-se no sistema familiar, poderá ter um importante contributo para os cuidados de enfermagem.

**Objectivos:** Identificar o contributo da utilização do MDAIF na aquisição de competências de avaliação e intervenção familiar; Identificar as estratégias de ensino-aprendizagem destacadas na formação, como optimizadoras da prática de enfermagem de família.

**Metodologia:** O estudo é exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. Os dados foram recolhidos através de um questionário, tendo participado 25 estudantes do Mestrado em Enfermagem de uma Universidade Portuguesa, e analisados pela técnica de análise de conteúdo.

**Resultados:** A utilização do MDAIF permitiu a mudança na aquisição de competências de avaliação e intervenção familiar, ao nível da prestação de cuidados. Destacaram-se as situações da vida real, simulações e abstracções da realidade, como estratégias de ensino-aprendizagem.

**Conclusão:** O MDAIF contribuiu para a aquisição de competências conducentes ao empoderamento familiar perante situações de crise. Corroborou-se a importância atribuída à participação autónoma, reflexiva e responsável dos estudantes na sua aprendizagem, para a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro de saúde familiar.

### Referências bibliográficas:

FIGUEIREDO, M. - *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Tese de doutoramento, 2009.

## SOBRECARGA SENTIDA PELOS FAMILIARES CUIDADORES

Peixoto, M.J.; Martins, T.

[e-mail: mariajose@esenf.pt]

Os cuidadores apresentam índices elevados de sobrecarga, stresse emocional, redução do convívio social, frustração, fadiga, maior mortalidade, baixa qualidade de vida, comprometimento nos comportamentos de promoção da saúde, medo, desinteresse pela vida e desânimo.

Neste contexto desenhamos uma investigação quasi-experimental com dois grupos de cuidadores. O grupo experimental foi submetido a um programa de intervenção durante seis meses e o grupo de controlo seguiu os trâmites normais dos serviços de saúde. A sobrecarga do cuidador foi avaliada através do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal. A primeira avaliação foi efectuada no primeiro contacto com o cuidador e a segunda passado seis meses.

Os familiares cuidadores avaliados eram maioritariamente do sexo feminino (88,9%), casados (84,4%), reformados (44,4%), filhos (51,1%), únicos a prestar cuidados (51,1%), viviam na mesma habitação que a pessoa dependente (91,1%), não tinham a seu cargo outros dependentes (80,0%), era a primeira vez que tinha esta função (64,4%), apresentavam problemas de saúde 75,6%) e não praticavam exercício físico regular (80,0%). Apresentavam uma média de idades de  $61,36 \pm 10,71$  e de escolaridade de  $5,58 \pm 3,42$ .

Apesar de não se ter identificado diferenças estatisticamente significativas, que se poderá atribuir aos grupos serem pequenos, verificamos em termos relativos uma diminuição da sobrecarga nos dois grupos, mas mais acentuada no grupo da intervenção.

## QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO. QUE PERCURSOS?

Ribeiro, I.; Castro, O.

[e-mail: isilda.ribeiro@esenf.pt]

**Objectivo:** Reflectir sobre a qualidade de vida de pessoas idosas e compreender a actuação dos cuidados assistenciais na qualidade de vida do idoso.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica, artigos científicos, legislação acerca dos modelos de assistência, discursos e pareceres de pessoas implicadas na assistência a pessoas idosas. Revisão sistemática na base de dados EBSCO e COCHRANE, utilizando as seguintes palavras-chave: qualidade de vida, idoso, cuidados assistenciais.

**Conclusão:** Cuidar dos idosos representa uma tarefa complexa e exige polivalência, pelo que o papel do enfermeiro, que presta cuidados ao idoso tem de ser valorizado. A velhice é certamente um fenómeno normal mas leva a um aumento da fragilidade e da vulnerabilidade. Nos nossos idosos, qualquer agressão, ainda que mínima, à sua integridade, corre-se o risco de provocar um desequilíbrio global e irreparável.

O cuidar de idosos implica cuidados que são simultaneamente preventivos, curativos, paliativos e estão ligados à cronicidade e à saúde mental. Tanto são cuidados básicos como cuidados especializados.

Os cuidados gerontológicos visam a promoção da saúde e a prevenção da doença, através da utilização de recursos humanos apropriados para os idosos.

A actuação do enfermeiro junto ao idoso deve ser científica, tecnicamente actual e estar centrada no conhecimento da capacidade e seus limites.

Para DIOGO (2000), a independência nas realizações das actividades de vida diária é de grande importância na vida das pessoas idosas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social.

A acção dos enfermeiros deve ser orientada no sentido de uma preocupação efectiva em promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida (que resta ao idoso), em garantir cuidados básicos e paliativos, com honestidade e respeito pela dignidade de cada pessoa. A singularidade da situação do idoso deve fazer emergir de forma ética no que se refere à relação enfermeiro-doente-família em contextos assistenciais.

A acção da enfermagem deve ser valorizada pela qualidade de vida e pelo acompanhamento do doente e da família, isto é, intervir de forma a atenuar os sintomas da doença (em particular a dor) e garantir o máximo de conforto possível, sem agir de forma pressionada sobre a causa e, acima de tudo, preservar a dignidade humana.

## CUIDAR DE IDOSOS COM DEMÊNCIA ESTRATÉGIAS DE COPING, SATISFAÇÃO, DIFICULDADES E SOBRECARGA

Sequeira, C.A.

[e-mail: carlossequeira@esenf.pt]

A demência constitui uma síndrome característica das pessoas idosas, que representa um problema de saúde pública da maior importância, atendendo às suas repercussões no indivíduo, na família e na sociedade. A manutenção do idoso demenciado no domicílio implica a necessidade de prestação de cuidados por parte do cuidador informal, habitualmente um familiar.

Este trabalho, tem por matriz um estudo de natureza predominantemente quantitativa, do tipo analítico e correlacional, no qual utilizamos como instrumentos de colheita de dados: Questionário; Carers<sup>c</sup> Assessment of Difficulties Index (CADI); Carers<sup>c</sup> Assessment of Satisfactions Index (CASI); Carers<sup>c</sup> Assessment of Managing Index (CAMI) e a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ESC).

A amostra foi constituída por 184 cuidadores familiares de idosos com e sem demência.

Cuidar de idosos com demência está associado a elevados níveis de sobrecarga e de dificuldades. As principais estratégias de coping utilizadas com eficácia estão relacionadas com a categoria “lidar com acontecimentos resolução de problemas”. Os cuidadores que utilizam de forma pouco eficaz estratégias de coping apresentam níveis mais baixos satisfação com o cuidar.

A correcta utilização dos recursos pessoais, minimiza as dificuldades, diminui o risco de sobrecarga e proporciona uma maior satisfação com a prestação de cuidados.

As dificuldades, a deterioração cognitiva e a ausência de ajudas no cuidar constituem as principais variáveis preditoras da sobrecarga, pelo que o CADI e a ESC apresentam um elevado interesse para a prática clínica e para a investigação. A utilização do CAMI e do CASI são fundamentais para a implementação de estratégias de intervenção promotoras da Qualidade de vida e bem-estar do cuidador.

## ESTILOS DE VIDA - SUAS REPERCUSSÕES NA ACADEMIA

Melo, M.M.C.S.; Gomes, L.A.; Candeias, A.L.; Braga, M.F.D.; Machado, M.M.P.

[e-mail: mmelo@ese.uminho.pt]

A alimentação e a actividade física são dois pilares fundamentais para a promoção da saúde, prevenção da doença e para a melhoria da saúde.

Quando surge a preocupação com o controlo do peso, só com a junção da mudança dos padrões alimentares e de uma vida activa se conseguirá atingir o sucesso.

A actividade física regular traz benefícios para a saúde a vários níveis: físico, psicológico e social.

Durante décadas, a prática da actividade física foi descurada. Só, actualmente, quando as pessoas se deparam com as doenças que, de dia para dia, surgem em maior número e mais precocemente é que se começa a discutir e a reflectir sobre estes assuntos.

Presentemente, o controlo de peso tem sido o grande impulsionador das pessoas para a prática da actividade física.

A presente pesquisa insere-se no âmbito das questões relacionadas com a obesidade e com o exercício físico e adquire os seus contornos nos desenvolvimentos de investigações portuguesas sobre estilos de vida saudáveis, aumento da morbilidade e mortalidade associada à obesidade.

## CUIDAR IDOSOS DEPENDENTES: IMPACTO NO CUIDADOR INFORMAL

Vieira, M.H.; Costa, M.A.

[e-mail: mhmvieira@uac.pt]

**Introdução:** Em Portugal, a família é considerada, culturalmente, responsável pela prestação de cuidados aos seus idosos. Contudo, afirmar que é a família quem assume a responsabilidade pelos cuidados aos idosos é utópico, pois na realidade, a prestação de cuidados é assumido por um único cuidador e apenas uma pequena parcela de cuidadores têm a colaboração de outros parentes (Ekwall et al. 2005; Wang et al. 2010). Alguns estudos têm demonstrado que quando se comparam cuidadores familiares de idosos com pessoas que não têm essa responsabilidade, os primeiros percebem a sua saúde como sendo pior (Thompson e Gallagher-Thompson, 1996). Com a realização do estudo pretendemos compreender o processo de cuidar idosos pelos seus cuidadores e o contributo dos enfermeiros nesse processo.

**Metodologia:** Abordagem quantitativa, estudo descritivo-analítico. Para a recolha dos dados utilizou-se o questionário, sob a forma de administração directa. Organizámos o questionário em duas partes, na primeira encontram-se as questões relativas à caracterização sócio-demográfica, avaliação funcional e cognitiva dos idosos, com recurso à escala de Barthel e Mini-Mental State e na segunda encontra-se a caracterização dos cuidadores informais e a avaliação do impacto do cuidado informal, com recurso à escala avaliação do cuidado informal (Martín, Paul, & Roncon, 2000).

Os **participantes** são os idosos e respectivos cuidadores visitados pelos enfermeiros de um centro de saúde da região autónoma dos Açores, no período de um mês.

**Análise e Discussão dos dados:** Os idosos estudados têm idade compreendida entre os 65 e 102 anos de idade e predomina o sexo feminino. Os cuidadores têm idade compreendida entre os 18 e os 81 anos. A total dependência funcional do idoso é preditora da Sobrecarga Subjectiva, enquanto o grau de parentesco filha prediz a Satisfação do Cuidador.

**Conclusão:** Com a concretização deste estudo pretendemos contribuir para um melhor conhecimento das pessoas idosas residentes na RAA, especificamente, o contexto familiar, a sua funcionalidade e o impacto dos cuidados nos cuidadores familiares e assim, contribuir para a melhoria da prestação de cuidados a estas pessoas e consequentemente para a melhoria do seu bem-estar e para os que os rodeiam - a família.

## VIVÊNCIAS DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE

Loureiro, H.; Cruz, D.; Silva, M.; Fernandes, M.

[e-mail: hugo\_loureiro\_1@hotmail.com]

O aumento significativo das necessidades em saúde dos idosos exalta como foco de atenção o cuidado informal ao idoso dependente, cuja responsabilidade cabe prioritariamente, à família.

Ao cuidador recai um esforço contínuo a nível físico, emocional, social, profissional e familiar, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado. Mas se por um lado, o cuidado informal tem um impacto negativo, é concomitantemente uma tarefa com aspectos positivos, cujo enobrecimento permite compreender e reforçar as vivências positivas que emergem da prestação de cuidados a idosos.

Cuidar de quem cuida é uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, devendo ser a sua intervenção centrada no equilíbrio da dinâmica cuidador/idoso. Por esse motivo, elaborámos o presente trabalho, com o intuito de conhecer as vivências do cuidador informal do idoso dependente, descritas na produção científica disponível.

Como método de pesquisa, optámos por uma revisão sistemática da literatura, estruturada através dos passos propostos pela Cochrane Handbook. Na definição de critérios de inclusão foi utilizado o método “PI[C]OD”, conduzindo a uma amostra de 12 estudos primários e 1 revisão sistemática.

Os principais resultados encontrados evidenciam dois eixos, em torno dos quais se constroem as vivências do cuidador informal: benefícios/fontes de satisfação e factores relacionados com a sobrecarga.

Os benefícios/fontes de satisfação associam-se ao género do cuidador; ao tempo e duração do cuidado informal; à coabitação com o idoso; sendo estes de cariz psicológico e sócio-afectivo. Por outro lado, os factores relacionados com a sobrecarga do cuidador informal prendem-se com as características sócio-demográficas do cuidador; grau de dependência do idoso; exigência dos cuidados prestados; falta de conhecimentos e habilidades; falta de apoio formal, informal e familiar; estratégias de coping utilizadas; e utilização de serviços de saúde, em especial, a “pausa do cuidador”.

## AUTONOMIA DO UTENTE NA RNCCI

Fernandes, M.M.; Loureiro, H.A.; Cruz, D.C.

[e-mail: mariana\_mouronho@hotmail.com]

O envelhecimento demográfico progressivo e o aumento da incidência e da prevalência das doenças crónicas e degenerativas incapacitantes da população portuguesa ocasionaram um aumento do índice de dependência dos idosos. O aumento da população portuguesa com dependência funcional exigiu respostas ajustadas a estas necessidades de saúde das pessoas, para promover a sua reintegração na família e na comunidade. A RNCCI surgiu com o objectivo de prestar cuidados continuados integrados de saúde a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, respeitando a sua liberdade de escolha e o direito de fazer opções e de ter vontade própria, privilegiando assim, a autonomia individual do utente. No cerne dos cuidados continuados integrados, coloca-se a promoção da autonomia da pessoa e família e a sua recuperação funcional, com o intuito de obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Como método de pesquisa, optámos por uma pesquisa bibliográfica em documentos analíticos, monografias, multimédia e publicações periódicas.

A maioria da literatura consultada sugere que para o respeito da autonomia do utente, o enfermeiro proceda à avaliação periódica das suas capacidades funcionais e cognitivas, recorrendo como exemplos, aos Índices de Katz e Lawton e Mini-Mental State Examination, respectivamente.

Os principais resultados encontrados evidenciam, que o respeito pela autonomia do utente na RNCCI é o pilar fulcral na ética nos cuidados de saúde, no sentido da promoção da dignidade da Pessoa, respeitando o direito de tomar decisões por si próprio. Como vector para o alcance desse princípio, cabe ao enfermeiro criar uma tríade com a Pessoa e Família, potencializando as suas capacidades no sentido de o tornar autónomo (Empowerment), encarando-a como um Ser Humano (Humanidade), envolvendo-se, olhando e sendo responsável por ela.

## CUIDAR DE UMA CRIANÇA COM CANCRO - VIVER UMA TRANSIÇÃO

Cerqueira, C.S.; Barbieri, M.C.; Pereira, F.

[e-mail: carlacerqueira@esenf.pt]

**Introdução:** O diagnóstico de cancro num filho é um acontecimento, inesperado e avassalador. A gravidade da doença e a idade prematura da criança implicam que um adulto se assuma como cuidador do menor. O objectivo de conhecer a Pessoa que vive a experiência de cuidar de uma criança com cancro desencadeou a realização de um estudo exploratório. Os dados foram obtidos através de entrevistas envolvendo dezassete pessoas a viver esta situação. A análise destas entrevistas, realizada por processo indutivo, permitiu a construção de uma narrativa biográfica desta experiência.

**Metodologia:** A narrativa obtida, através do estudo anterior, revelou que tornar-se pai/mãe de uma criança com cancro sujeita a pessoa a um processo de transição que passa pela redefinição da própria identidade. Numa fase posterior, estes resultados foram sujeitos a uma nova análise com o objectivo de examinar esta experiência mas partir da estrutura conceptual da Teoria das Transições de Meleis.

**Resultados:** Esta nova análise revelou que, a Pessoa que cuida de uma criança com cancro vive um acontecimento capaz de desencadear um processo de mudança definitiva que envolve dois tipos de transições - situacional e desenvolvimental – relacionadas e que acontecem em simultâneo. A comunicação do diagnóstico de cancro na criança marca o início da transição e que não é possível prever para quando a sua conclusão. A consciencialização acontece de forma progressiva e é determinada pelas experiências, conhecimento e envolvimento. O envolvimento resulta da relação parental existente entre a criança e o seu cuidador e da relação afectiva que existe entre ambos. As mudanças acontecem de forma gradual e em diferentes dimensões. A pessoa revela-se capaz de identificar as mudanças que ocorrem na sua vida e em si própria.

**Conclusão:** A análise dos resultados, a partir da estrutura conceptual da Teoria de Meleis, revelou o processo de transição que acontece.

## DIFERENTES GERAÇÕES EM CONVIVÊNCIA: UMA MAIS-VALIA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA

Duarte, S. F. C.

[e-mail: susanafcduarte@gmail.com]

As transformações sociais e económicas do último milénio têm determinado alterações do papel da família na sociedade ocidental e a predominância de famílias nucleares com o crescente afastamento da convivência entre diversas gerações. Esta realidade faz-se sentir também em Portugal ainda que, principalmente nas áreas rurais, coexistam avós e netos em proximidade de convivência. A literatura aponta uma multiplicidade de benefícios deste convívio para as gerações envolvidas, principalmente para idosos e jovens.

Em cuidados de saúde domiciliários, o enfermeiro inclui, nas práticas cuidativas, as circunstâncias da vida de cada pessoa e da sua família pelo que, por vezes, é confrontada com a necessidade de encontrar estratégias para envolver no processo de cuidados várias gerações que coabitam.

A proposta de comunicação surgiu dos dados encontrados no trabalho de campo inserido no processo de doutoramento da autora sobre o tema “Cuidados de saúde domiciliários: papel do enfermeiro na manutenção da continuidade dos cuidados?”. A pesquisa decorreu numa área de características urbanas e rurais e envolveu o acompanhamento da equipa de enfermagem de cuidados continuados domiciliários. Como metodologia de colheita de informação foi utilizada a observação participante e a entrevista qualitativa a enfermeiros e utentes do programa. O estudo decorreu sob os princípios teóricos do Interaccionismo Simbólico e da Grounded Theory enquanto metodologia de análise da informação. A autorização para o desenvolvimento do estudo foi concedida pela Administração Regional de Saúde da área geográfica.

Os resultados salientam as estratégias que a equipa de enfermagem incorpora no processo de cuidados com a pessoa no seu domicílio, envolvendo as gerações que coabitam na casa ou na proximidade. Em conclusão, a enfermeira centra o cuidado à pessoa na unidade pessoa/família, incluindo os membros de diferentes gerações, valorizando os cuidados e a convivência entre aqueles como factores de bem-estar para os envolvidos.

## SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO

Regadas, S.; Marques, G.

[e-mail: a.regadas@sapo.pt]

Este artigo decorre da revisão sistemática da literatura, sem qualquer limitação do friso cronológico, para aferirmos o “estado da arte” no que toca a este assunto: saúde e qualidade de vida durante o processo do envelhecimento. Para o efeito recorremos à pesquisa em base de dados bibliográficos padronizadas que contêm detalhes de uma vasta gama de artigos e revistas periódicas. No nosso campo, existe uma série de bases de dados electrónicas de interesse, nomeadamente SPORTDISCUS, MEDLINE, MEDICLATINA, CINAHL PLUS (Cumulative Index to Nursing and Allied Literature) e EMBASE. De acordo com a temática definiram-se como palavras-chave ou unitermos (Key words) os seguintes descritores de saúde: Saúde; Qualidade de vida; Envelhecimento.

Centramos o objectivo deste estudo na análise dos principais factores que podem interferir nestes dois vectores e nesta população em concreto – os idosos. A finalidade é identificar de que forma é que os enfermeiros podem intervir para melhorar a qualidade de vida destas pessoas durante a vivência desta transição.

Hodiernamente, a Qualidade de vida converteu-se num componente fulcral da avaliação compreensiva da Saúde e bem-estar das pessoas. Habitualmente, as mudanças que intervêm na vida das pessoas assumem particular importância porque podem afectar a saúde. Os acontecimentos que impõem alterações assumem duas formas: normativas e não normativas. As mudanças ou transições normativas são os eventos esperados, enfim os acontecimentos previsíveis de maturação da vida. Por outro lado, as crises não normativas não são previsíveis (exemplos possíveis são o diagnóstico de uma doença grave, uma morte inesperada). Estas influências não normativas adquirem um impacto cada vez mais marcado ao longo da vida, acentuando os seus efeitos à medida que o indivíduo se aproxima da velhice.

O envelhecimento surge então, como um processo de individualização e personalização, mas universal. O aumento dos riscos de doenças e de perda de autonomia é, tradicionalmente, apresentado como sendo essencialmente provocado por factores intrínsecos que escapam ao controlo do indivíduo.

Embora grande parte das pessoas idosas mostre êxito no seu envelhecimento, outros há para quem o envelhecimento não acontece em boas condições de saúde. A saúde constitui, pois, a primeira condição de uma velhice bem sucedida. Saúde, que não sendo por si só condição de felicidade, a sua ausência provoca alterações, através de interacções – directas e indirectas – com outros factores da qualidade de vida.

A doença mobiliza as capacidades de coping dos indivíduos para a recuperação, focaliza toda a actividade e recursos no problema e pode levar à perda de autonomia e alterações no desempenho das actividades de vida diária e das relações sociais.

Parece claro, então, que as perdas de vária ordem, presentes no decurso do envelhecimento, entre as quais as que comprometem a saúde e a autonomia, contribuem para o aumento da vulnerabilidade e do risco da dependência, comprometendo o envelhecimento bem-sucedido.

## PORTO, CIDADE AMIGA DAS PESSOAS IDOSAS

Ferreira, J.L.; Rocha, M.A.; Silva, I.F.

[e-mail: mariana.j.a.rocha@gmail.com]

**Introdução:** Ao criar as condições de saúde, segurança e participação mais favoráveis ao bem-estar daqueles que envelhecem, uma cidade amiga das pessoas idosas promove o envelhecimento activo. A sua criação passa, naturalmente, por escutar a população idosa.

**Objectivos:** Verificar se o Porto é uma cidade amiga das pessoas idosas.

**Metodologia:** A Organização Mundial de Saúde desenvolveu para as cidades amigas das pessoas idosas a metodologia que pretendemos executar no Porto. Adaptada da checklist no Guia das Cidades Amigas e da grelha de qualidade de vida criada pela Direcção Geral de Saúde, a Lista de Controlo da Cidade Amiga (LCCA) concretiza esta metodologia ao sustentar a escuta das opiniões e experiências dos idosos.

**Resultados:** LCCA: carência de espaços verdes; desconsideração pelas ciclovias; tarifas de táxi desmedidas; falta de cidadania; ausência de transportes apropriados para as pessoas idosas; custo acessível da habitação; organização de acontecimentos culturais e recreativos; ausência da relação idoso / criança; desvalorização da participação dos idosos em projectos de voluntariado.

Grelha da qualidade de vida: qualidade de vida e isolamento: concentração na informação respeitante à envolvência habitacional; mobilidade: 25% necessitam de ajudas técnicas; actividades de vida diária: 67% revelam autonomia; actividade ocupacional: 1% possui actividade remunerada; 4% com actividade regular; ocupação lúdica: 33%, ainda qe inseridos em Centros de Dia, não realizam quaisquer actividades lúdicas; ligação familiar: 13% não têm relações familiares; 14% apresentam integração familiar funcional ou institucional; rendimentos: 5% têm recursos insuficientes; 2% excedem as necessidades básicas.

**Conclusão:** A cidade do Porto aproxima-se progressivamente de uma “cidade amiga” e a este facto não é estranho o contributo deste projecto. Desejamos, para o próximo ano, a concretização com sucesso do Envelhecimento Activo aliada a uma melhorada percepção de Cidade.

## IMAGENS DO ENVELHECER: CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS

Almeida, M.L.; Azeredo, Z.

[e-mail: mlurdes@esencf.pt]

Este estudo tem como objectivo identificar as concepções dos enfermeiros acerca do envelhecimento. Trata-se de um estudo qualitativo. Participaram na investigação 26 enfermeiros de centros de saúde/extensões da cidade de Coimbra.

A opção metodológica tem por base pressupostos qualitativos. O método de colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados recorrendo ao software Nvivo 8.

A análise dos dados aponta para duas categorias: a velhice e ser idoso versus ser velho. A velhice é vista como uma trajectória gradual, de experiência, adaptação e declínio do funcionamento psicológico e cognitivo. Também é apresentada como uma fase do desenvolvimento humano caracterizada por incapacidades, conotada com perdas e com o acentuar das características da personalidade.

Analisadas as concepções dos enfermeiros sobre ser velho e ser idoso, verificamos que para uns são termos sinónimos, com características que lhe são próprias e depende do seu percurso de vida. Ser idoso aponta para uma concepção funcional e cronológica, mostrando um paralelismo entre a idade e os efeitos do envelhecimento quer a nível físico quer psicológico. O ser velho para a maioria dos enfermeiros está fortemente vinculado à aposentadoria, falta de objectivos, à muita idade, dependência e declínio das funções físicas e cognitivas.

## CRESCER SAUDÁVEL: AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO NA INFÂNCIA

Perdigão, A.; Miranda, A.P.; Marinheiro, P.

[e-mail: aperdigao@esenfc.pt]

**Introdução:** A definição actual de saúde acentua o seu carácter abrangente e remete para uma abordagem global da educação para a saúde.

De acordo com estudos recentes (Matos, 2005), a nova dinâmica curricular incluirá estratégias tais como a promoção de competências de comunicação interpessoal, de identificação e gestão de emoções, de identificação e resolução de problemas, de promoção da assertividade e da resiliência nas crianças e adolescentes.

Incluirá ainda informação relacionada com a protecção da saúde e prevenção do risco, nomeadamente na área da sexualidade, da violência, do comportamento alimentar, do consumo de substâncias, do sedentarismo, dos acidentes, numa abordagem pró-activa e construtiva que ajude as crianças e adolescentes na tomada de decisões mantendo opções pró-sociais e saudáveis.

**Objetivos:** Identificar comportamentos de risco das crianças/adolescentes; Rastrear factores de risco através da avaliação de dados biológicos. Avaliar a percepção do estado de saúde das crianças/adolescentes; Desenvolver um programa de promoção da saúde dirigido à capacitação das crianças/adolescentes para controlarem os determinantes da saúde.

**Metodologia:** Estudo longitudinal, de investigação-acção, de cariz quantitativo, desenvolvido em duas escolas do concelho de Coimbra num total de 338 crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 10 e 17 anos. A colheita de dados foi efectuada através de um questionário adaptado do HBSC-OMS e da avaliação de parâmetros biológicos.

**Resultados:** Os dados preliminares revelam alguns hábitos alimentares incorrectos e pouca actividade física. Muitos efectuaram primeiros consumos, de tabaco e de bebidas alcoólicas. Em relação à percepção de saúde e bem-estar, alguns sentem-se pouco saudáveis, pouco felizes ou mesmo infelizes.

**Conclusões:** Os resultados sustentaram o programa de intervenção delineados para os anos lectivos de 2005/2006, 2006/2007, 2007/2008, 2008/2009, 2009/2010, a desenvolver com início nos alunos do 5º ano de uma escola periférica do concelho de Coimbra. O programa de intervenção vai sendo desenhado ano a ano, procurando ir ao encontro das necessidades específicas do grupo de crianças em estudo, abordando questões que nos parecem da maior relevância para o desenvolvimento das competências pessoais e sociais e ainda a protecção da saúde e prevenção do risco nomeadamente nas áreas do comportamento alimentar, dos consumos e da actividade física.

### Referências bibliográficas:

MATOS, M. G. - *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI, FMH. 2005.

nota final

Os trabalhos aqui compilados, congregam uma multiplicidade de olhares de diversos actores sociais, profissionais ou estudantes, com preocupações e interesses na área da saúde e qualidade de vida de indivíduos ou grupos.

A saúde e qualidade de vida é o denominador comum a diferentes concepções, metodologias diversas, reflectindo a alteridade da relação dialéctica entre o investigador e a realidade que pretende estudar, compreender o alvo da sua intervenção. Esta pluralidade de olhares é sem dúvida uma mais-valia na produção do conhecimento que tem sido desenvolvido nos últimos anos.

O congresso em Saúde e Qualidade de Vida que vai na sua quinta edição, com uma periodicidade bienal, surge como um espaço privilegiado de partilha, discussão e divulgação do que de mais actual tem sido investigado. As cerca de setenta propostas de participação, quer na forma de comunicação oral ou em poster, são prova de que este evento é reconhecido, dentro e fora de portas, como esse espaço. . .

O rigor, pertinência, actualidade e a curiosidade epistemofílica que nos caracteriza como grupo de investigação sustenta o propósito de continuarmos a promover a discussão, o contacto, a troca de opiniões e partilha de experiências para que a Saúde e Qualidade de Vida, seja uma meta a atingir.

Teresa Rodrigues-Ferreira

[Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida](#)