

**Instituto Politécnico de Viseu**  
**Escola Superior de Saúde de Viseu**

**Investigação em Saúde:**  
**Perspectiva Ética, Clínica e Epidemiológica**

**Coordenação**  
Madalena Cunha

**2012**





## **FICHA TÉCNICA**

Título  
**Investigação em Saúde: Perspectiva Ética, Clínica e Epidemiológica**

Coordenação editorial  
**Madalena Cunha**

Capa e fotocomposição gráfica  
**Nuno Silva Campos**

Editor  
**Escola Superior de Saúde de Viseu**  
**Instituto Politécnico de Viseu**  
**Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, nº 102**  
**3500-843 VISEU**

Impressão  
**Instituto Politécnico de Viseu**

Tiragem  
**80 Exemplares**

ISBN  
**978-989-96715-9-1**

Data de edição  
**Junho de 2012**

Data de realização do congresso  
**5 de Maio de 2010**





## **Congresso Internacional de Investigação em Saúde**

Organização do Congresso

**João Duarte**

**Suzana André**

**Madalena Cunha**

**Isabel Bica**

**Cláudia Chaves**

**Ana Andrade**

**António Oliveira**

**Estudantes do 16º CLE**

Comissão Científica

**Amarílis Rocha**

**Carlos Albuquerque**

**Carlos Pereira**

**Conceição Martins**

**Daniel Silva**

**Ernestina Silva**

**José Costa**

**João Duarte**

**Lídia Cabral**

**Madalena Cunha**

**Manuela Ferreira**

**Rosa Martins**

**Suzana André**



*Reservados todos os direitos de acordo com a legislação em vigor*

© 2012, Escola Superior de Saúde de Viseu

**Edição:** Junho de 2012

**ISBN:** 978-989-96715-9-1

As opiniões expressas nesta publicação são da responsabilidade dos autores e não reflectem, necessariamente, a opinião da Comissão Científica e da Instituição promotora do evento, assim como é declinada toda e qualquer responsabilidade pela utilização não autorizada de conteúdos dos trabalhos aqui incluídos, que violem e deixem de observar os direitos de autor.





## PREFÁCIO

Urge hoje construir caminhos para que o conhecimento científico, técnico e bioético em enfermagem circule, cabendo à academia de enfermagem a responsabilidade major pela co-construção e divulgação da melhor evidência. É neste contexto que surge esta obra intitulada: *Investigação em Saúde: Perspectiva Ética, Clínica e Epidemiológica*. Decorrente da realização do I Congresso Internacional de Investigação em Saúde, também ele momento de partilha e discussão de saberes, assume-se constituir uma publicação que documenta conhecimentos profissionais necessários à tomada de decisão eticamente dirigida no domínio da prática clínica e da educação em enfermagem.

Num momento de reforma/transição e transformação da organização do sistema de prestação de cuidados de saúde ao cidadão português, impõe-se ponderar sobre indicadores epidemiológicos sensíveis aos cuidados de enfermagem, desafio a que o congresso também procurou dar visibilidade através da conferência: *Investigação epidemiológica: Contributos para a saúde*.

Por outro lado, considerando que a tribuna para se ensinar enfermagem e o friso cronológico do desenvolvimento profissional hodierno carecem por um lado dos contributos da investigação e por outro dos pilares da prática clínica, o congresso teve ainda como finalidade divulgar a efectiva implementação de boas práticas em enfermagem e o desenvolvimento de projectos de investigação na área da educação ou da clínica. Estes constituem desde há muito um desafio a que os enfermeiros procuram dar resposta, individualmente, em parceria ou em regime de consultadoria, porquanto são necessários ao contexto académico e da praxis, no domínio da educação, da clínica, e do campo social e que no congresso foram apresentados sob a forma de Simpósios Temáticos de Investigação em Saúde. Estes versaram sobre Enfermagem da Criança e do Adolescente, Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem de Saúde Materna; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária; e Administração de Serviços de Enfermagem.

Por último, a conferência: *Ética em Investigação em Ciências da Saúde*, apresentou os pressupostos do pensamento bioético da actualidade e as estratégias facilitadoras da aplicação dos pressupostos éticos na condução da investigação em ciências da saúde.

Finalmente perante a actualidade e pertinência dos artigos, a que dá corpo a presente publicação, deseja-se que a sua leitura, seja conseqüente e motivadora de boas práticas investigativas e clínicas respeitadoras da ética e promotoras de melhor saúde.

Madalena Cunha -PhD

Prof.ª Adjunta – ESSF



## AGRADECIMENTOS

*Investigação em Saúde: Perspectiva Ética, Clínica e Epidemiológica* é uma obra que procura compilar a produção científica decorrente do I Congresso Internacional de Investigação em Saúde, realizado na Escola Superior de Saúde a 5 de Maio de 2010.

Organizada sob a forma de artigos e resumos, constitui-se uma publicação multi-autor, cujos trabalhos foram aceites pela Comissão Científica do congresso, vertendo-se nesta compilação a versão apresentada pelos respectivos autores.

Tem início com o artigo *Ética de la Investigación Con Seres Humanos* do Prof. Dr. Francisco J. de Abajo Iglesias Departamento de Farmacología Universidad de Alcalá. Seguem-se-lhe os contributos de dezenas de autores que apresentaram e discutiram os seus trabalhos em Simpósios Temáticos de Investigação em Saúde e que versaram sobre Enfermagem da Criança e do Adolescente, Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem de Saúde Materna; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária; e Administração de Serviços de Enfermagem.

Impõe-se explicar que como metodologia seguida na apresentação dos artigos e resumos, se optou pela sequenciação dos seminários temáticos e, dentro de cada um, por ordem alfabética dos respectivos títulos.

Por último, em face dos múltiplos contributos recebidos, a Organizadora desta obra agradece aos conferencistas e aos congressistas/autores a participação/colaboração; aos membros da Comissão Organizadora, o planeamento e consecução das actividades; aos membros da Comissão Científica, a arbitragem científica dos trabalhos; aos Estudantes do 16º CLE - 4ºano/7ºsemestre, a colaboração; ao Doutor Nuno Silva Campos, a composição e arranjo gráfico; à Escola Superior de Saúde de Viseu / Instituto Politécnico de Viseu todo o apoio institucional de secretariado, contabilidade, aprovisionamento, telefone, reprografia, motorista ...;

E globalmente a todos, os que tornaram o congresso e esta obra possíveis o nosso muito obrigada!

Madalena Cunha -PhD  
Prof. Adjunta - ESSV  
Organizadora e Coordenadora



Suggested citation:

Cunha, M. (coord.) (2012). *Investigação em saúde: Perspectiva Ética, Clínica e Epidemiológica*. Viseu: Escola Superior de Saúde. ISBN 978-989-96715-0-8.





ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



# I Congresso Internacional de Investigação em Saúde

## Conferência I

“Investigação Epidemiológica: - Contributos para a Saúde”

Professor Doutor Vitor Rodrigues

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Moderador: Prof. Doutor Carlos Pereira

## Conferência II

“Ética em Investigação em Ciências da Saúde”

Prof. Francisco de Abajo

Universidad de Alcalá de Henares - Espanha

Moderador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Madalena Cunha

*Simpósios Temáticos sobre Investigação em Saúde  
Apresentação de Posters*

Regulamento on-line: [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)



Audatório da ESSV

# 05 de Maio '10

### INSCRIÇÕES:

- On-line: <http://aladdin.essv.ipv.pt/encontroinvsauade/inicial.asp>
- Secretariado de Apoio à Docência

Organização



Prof. Doutor João Duarte, Prof.<sup>a</sup> Doutora Madalena Cunha, Prof.<sup>a</sup> Suzana André, Prof.<sup>a</sup> Isabel Bica, Prof.<sup>a</sup> Cláudia Chaves, Prof.<sup>a</sup> Ana Andrade, Prof. António Oliveira & Estudantes do 16º CLE (4ºano/7º semestre) da ESSV.





## ÍNDICE GERAL

### **ARTIGOS – CONFERÊNCIA**

---

- Ética de la investigación con seres humanos.....21**  
*Prof. Doutor Francisco J. de Abajo Iglesias*

### **ARTIGOS – COMUNICAÇÕES LIVRES**

---

#### **ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

- Amamentação e alimentação em idade pré-escolar.....43**  
*Gomes, Marta; Rocha, Bertina; Aparício, Maria Graça; Silva, Ernestina; Cunha, Madalena*
- A adolescência e o consumo tabágico .....55**  
*Oliveira, António; Albuquerque, Carlos; Almeida, Mariline*
- Amamentação e estilo de vida em idade pré-escolar .....61**  
*Gomes, Marta; Rocha, Bertina; Aparício, Maria Graça; Silva, Ernestina; Cunha, Madalena*
- Factores de risco familiar para a obesidade infantil: da genética ao ambiente .....73**  
*Aparício, Graça; Cunha, Madalena; Duarte, João; Pereira, Anabela*
- Hábitos sexuais dos adolescentes .....85**  
*Júnior, L., Patrício, H., Guterres, C., Almeida, M., & Carvalho, C.*
- Imagem ideal em adolescentes portuguesas: influência de agentes de socialização .....95**  
*Cristina Oliveira Albuquerque, Maria Johanna Schouten & Carlos Albuquerque*
- Qualidade de vida da criança/adolescente com espinha bífida: perspectiva dos pais .....101**  
*Rocha, Bertina; Carvalho, Maria José; Gomes, Marta; Esteves; Regina*

#### **ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

- Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata..... 115**  
*Cunha, M.; Almeida, I.; Cardoso, D.; Gonçalves, E.; Silva, M.; Borges, S. & Estudantes do 3º CMEMC - UCPV*
- Maus-tratos a pessoas idosas: Estudo comparativo entre duas comunidades: Vouzela e S.Martinho do Bispo ..... 125**  
*Dionísio, R.; Fernandes, C.; Chaves C.; e Jardim, J.*
- O consentimento informado na administração de componentes sanguíneos..... 137**  
*Geraldes, Ana Maria; Rebelo, Ana Teresa; Assunção, António; Bonifácio, Célia; Santos, Manuela*
- O idoso com acidente vascular cerebral e as alterações na dinâmica familiar ..... 149**  
*Lopes, M., Dionisio, R , Pinto, J. & Chaves, C.*
- O impacto da terapia compressiva na qualidade de vida dos doentes com úlcera de perna crónica ..... 163**  
*Cruz, M. A. A. D.*
- Stress, burnout e satisfação profissional dos enfermeiros da VMER ..... 175**  
*Fernando Pina*

<b>Variáveis sócio-familiares e sociais e adesão à terapêutica em doentes com coronáriopatia isquémica.....</b>	<b>197</b>
<i>Luís Filipe Lopes; Carla Sofia Gonçalves; António Madureira Dias</i>	
<b>ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b>	
<b>Indivíduo dependente em contexto domiciliário: determinantes da sobrecarga do cuidador informal .....</b>	<b>207</b>
<i>Martins R., Albuquerque C., Moreira H., Andrade A., Ribeiro O., Saraiva P., Tavares M., Monteiro R., Paixão H., Rodrigues L.</i>	
<b>Qualidade de vida e dor lombar em profissionais da construção civil .....</b>	<b>215</b>
<i>Ribeiro, O; Cunha, M; Alunos do 9ºCLE; Alunos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP – Viseu</i>	
<b>ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA</b>	
<b>Adesão das mulheres ao auto exame da mama .....</b>	<b>223</b>
<i>Cândida Silva, Helena Paiva, Rosa Lacerda &amp; Carlos Albuquerque</i>	
<b>Ser mãe imigrante no contexto de saúde português: caracterização sócio-demográfica.....</b>	<b>235</b>
<i>Coutinho E., Silva A. L., Pereira C., Chaves C., Dias M., Monteiro V. &amp; Simões C.</i>	
<b>Ser mãe imigrante no contexto de saúde português: cuidados pré-natais .....</b>	<b>251</b>
<i>Coutinho E., Silva A.L., Pereira C., Duarte J., Neto S., Mendes D. &amp; Leitão P.</i>	
<b>Cuidar no parto: uma abordagem cultural .....</b>	<b>271</b>
<i>Coutinho E.; Parreira V.; Silva A. L.; Pereira C.; Nelas P.; &amp; Ferreira M.</i>	
<b>ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA</b>	
<b>(Des)Vinculação nos sem abrigo.....</b>	<b>289</b>
<i>Paula Carrinho e Anabela Sousa Pereira</i>	
<b>Prevalência de depressão em adolescentes do distrito de viseu .....</b>	<b>301</b>
<i>Odete Amaral, Carlos Pereira, Nélio Veiga</i>	
<b>Psicopatia e risco de violência sexual: abusadores sexuais de menores .....</b>	<b>311</b>
<i>Ana Patrícia dos Santos Baptista Ferreira</i>	
<b>Psicopatia vs. Características do Crime de Abuso Sexual de Menores .....</b>	<b>327</b>
<i>Ana Patrícia Ferreira; Madalena Cunha; Fernando Pina &amp; Alunos do 19ºCLE ESSV – IPV</i>	
<b>ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA, FAMILIAR E COMUNITÁRIA</b>	
<b>Avaliação da qualidade de vida na pessoa com tuberculose pulmonar .....</b>	<b>337</b>
<i>Monteiro, Sónia; Rodrigues, Vitor</i>	
<b>Combater as barreiras à prática de uma alimentação saudável .....</b>	<b>351</b>
<i>Dina Raquel Batista Ferreira</i>	
<b>Qualidade de vida dos idosos.....</b>	<b>363</b>
<i>Duarte, Ana Margarida; Farias, Gabriela Maria; Silva, Mariana Sofia; Martins, Rosa</i>	
<b>ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM</b>	
<b>Auto-conceito nos enfermeiros .....</b>	<b>381</b>
<i>Patrício, H., Guterres, C., Júnior, L. &amp; Almeida, M.</i>	

<b>Caracterização Psicológica dos Enfermeiros Chefes.....</b>	<b>393</b>
<i>Almeida, M.; Júnior, L.; Patrício, H.; Guterres, C. &amp; Cunha, M.</i>	
<b>Liderança vs Satisfação Profissional .....</b>	<b>411</b>
<i>Patrício, H., Guterres, C., Júnior, L. &amp; Almeida, M.</i>	
<b>O Enfermeiro nos Diferentes Modelos de Gestão Hospitalar .....</b>	<b>427</b>
<i>Júnior, L.; Patrício, H.; Guterres, C.; Almeida, M. &amp; Cunha, M.</i>	
<b>Qualidade de vida dos enfermeiros que trabalham por turnos.....</b>	<b>443</b>
<i>Duarte, J.; Cunha, M.; Jesus, C.; Mota, I.; Silva, J.; Branquinho, L.; Pereira, M.; Pessoa, T. &amp; Alunos do 3.º CEMMC – UCPV.</i>	
<b>Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários .....</b>	<b>449</b>
<i>Guterres, C.; Patrício, H.; Júnior, L.; &amp; Almeida, M.</i>	
<b>Satisfação Profissional dos Enfermeiros Chefes .....</b>	<b>465</b>
<i>Júnior, L., Patrício, H., Guterres, C., Almeida, M., Carvalho, C., &amp; Cunha, M.</i>	

## **RESUMOS**

---

### **ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

<b>A Cárie na Adolescência.....</b>	<b>483</b>
<i>Bica, I.; Cunha, M.; Costa, J.; Rodrigues, V. &amp; Gouveia, A.; Dias, C.; Neves, D.; Albuquerque, I.; Agostinho, J.; Marques, M.; Pereira, S. &amp; Lima, T.</i>	
<b>Factores de risco familiar para a obesidade infantil: da genética ao ambiente .....</b>	<b>485</b>
<i>Aparício, Graça; Cunha, Madalena; Duarte, João; Pereira, Anabela</i>	
<b>Saúde oral na adolescência .....</b>	<b>487</b>
<i>Marinho, Catarina Andreia R Saraiva &amp; Cordinhã, Patrícia Graça Gonçalves</i>	

### **ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

<b>Avaliação da qualidade de vida em doentes oncológicos .....</b>	<b>491</b>
<i>Carlos Manuel Rodrigues Pontinha &amp; Anabela Almeida</i>	
<b>Variáveis sócio familiares e sociais e adesão à terapêutica em doentes com coronariopatia isquémica.....</b>	<b>493</b>
<i>Lopes, Luís Filipe Carvalho &amp; Gonçalves, Carla Sofia Pinto</i>	

### **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

<b>Independência funcional e suporte social no doente com artroplastia da anca e joelho .....</b>	<b>497</b>
<i>Nelas, J.; Duarte, J.; Nelas, P.; Nelas, R.</i>	
<b>Prevalência de lombalgias nos adolescentes do distrito de Viseu .....</b>	<b>499</b>
<i>Pereira, C., Chaves C., Tinoco C., Gonçalves C., Ferreira E., Santos H., Boloto J., Duarte L. &amp; Santos S.</i>	
<b>Satisfação do doente com o tratamento da dor, determinantes sócio-demográficos e clínicos.</b>	<b>501</b>
<i>Carlos Pontinha, Graça Cunha, Antonino Costa, Carla Gomes, Fátima Antunes, Joel Cerveira, José Silva, Luís Afonso, Pedro Antunes, Carlos Albuquerque (Orientação)</i>	

## ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA

- Consentimento informado na saúde reprodutiva da mulher ..... 505**  
*Batista, Bruno; Figueiredo, Madalena; Loureiro, Maria Alice; Loureiro, Paula; Pais, Ricardo & Rocha, Sónia*
- Sida no feminino – da percepção da doença às vivências da sexualidade, gravidez e maternidade. .... 507**  
*Maria Teresa Araújo*

## ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

- Ansiedade nos estudantes do Ensino Superior ..... 511**  
*Carla Maria Viegas e Melo Cruz, José Pinto, Mariline Almeida & Soraia Aleluia*
- Consentimento informado em maiores incapazes: realidade portuguesa ..... 513**  
*Figueiredo, Graciete; Pais, Isabel; Ramos, Sónia; Santos, Isabel; Simões, Margarida*
- Crenças e mitos em relação ao consumo do álcool numa população adulta do meio rural ..... 515**  
*Chaves, C.; Braz, M.; Cunha, M.; Ferreira, A.; Conde, I.; Batista M. & Lima T.*
- Funcionalidade familiar e depressão vs. Saúde mental dos adolescentes ..... 517**  
*Cunha, M; Duarte, J.; Pereira, C.; 1º CLE -ESEV & 3º CMEMC-UCP*
- Motivações e efeitos do consumo de álcool em estudantes do ensino superior..... 519**  
*Ana Patrícia Sousa Ferreira, Anabela Pereira & Carlos Albuquerque*
- Pais e professores – uma parceria de sucesso no desenvolvimento de competências de uma criança autista ..... 521**  
*Cruz, Carla Maria Viegas e Melo; Pereira, Cátia Susana Maravilha; Ferreira, Crisálida Jesus; Santos, Hugo Manuel Correia dos & Ribeiro, Mariana Isabel da Silva*

## ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA, FAMILIAR E COMUNITÁRIA

- Cuidados aos Idosos no domicílio: necessidades sentidas pelos familiares cuidadores ..... 525**  
*Alexandra da Costa Nunes Correia Garcia, Elisabete Pereira Rodrigues Vieira, Maria Teresa Sousa Almeida*
- Educação para a saúde e sida nos cuidados de saúde primários do distrito de Viseu..... 527**  
*Chaves, C.; Saraiva da Cunha, G.; Dionísio, R.; Duarte, J.; Ferreira, M.; Martins R. & Pereira, A.*
- Envelhecimento e coping familiar ..... 529**  
*Andrade, A.; Houart, J.; Martins R. ; Albuquerque, C. & Cunha, M.*

## ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

- Determinantes na atitude dos enfermeiros face aos sistemas de informação em enfermagem informatizados baseados na classificação internacional para a prática de enfermagem. .... 533**  
*Cunha, Alice Paula da Cunha*
- Qualidade de vida e a incidência do síndrome de burnout dos enfermeiros que trabalham por turnos ..... 535**  
*Ribeiro, O.; Cunha, M. & Alunos do 9º CCFE*
- Satisfação do utente/qualidade dos cuidados ..... 539**  
*Cunha, Maria da Graça*

## **ARTIGOS – CONFERÊNCIA**



# Ética de la investigación con seres humanos

Prof. Doutor Francisco J. de Abajo Iglesias<sup>1</sup>

## 1. La ética de la investigación en el contexto de la bioética

En el libro *The Birth of Bioethics* (“El nacimiento de la bioética”) Albert Jonsen, uno de los más insignes bioeticistas norteamericanos, sitúa la investigación con seres humanos como el primer problema concreto que tuvo que enfrentar la bioética. No es por azar tal lugar. La investigación en seres humanos siempre ha planteado a lo largo de la historia de la humanidad numerosos interrogantes éticos y el enfrentamiento racional a dichos problemas ha allanado el camino para encontrar vías de solución a otros problemas de la bioética, allende la pura investigación. Es paradigmático tal vez el tema del consentimiento informado, que si bien parece una contribución moderna de la ética clínica, empieza ya a plantearse en investigación nada menos que en la primera mitad del siglo XIX. Aunque si tuviéramos que escoger una sola contribución de la ética de la investigación al conocimiento bioético general, no podríamos elegir otra mejor que la del justamente famoso Informe Belmont, finalizado en el año 1978 por la Comisión para la protección de los sujetos humanos sometidos a investigación biomédica y del comportamiento, creada en el año 1974 por el Congreso de los Estados Unidos de América, a raíz del escándalo social que originó la publicación de algunas investigaciones que constituyeron verdaderos abusos contra los derechos humanos. En dicho informe se plantea por primera vez la teoría principialista, que después desarrollarían Beauchamp y Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, de 1979, y que tanto juego habría de dar después a todo el movimiento de la bioética.

La ética de la investigación en seres humanos ocupa, pues, un lugar preeminente en el contexto de la bioética, en la medida en que ha sido el mascarón de proa para tomar conciencia primero, e intentar resolver después, una buena parte de los problemas morales que plantea el proceloso mar de la biomedicina.

---

<sup>1</sup> Departamento de Farmacología, Universidad de Alcalá.

**Nota del autor:** Este artículo está basado en el capítulo del autor titulado: “El progreso responsable: bases lógicas y éticas de la investigación clínica” En: Gracia D, ed, “La Bioética en la educación secundaria”. Colección “Aulas de Verano”, Serie: “Ciencias”. Ministerio de Ecuación y Ciencia. Secretaría General Técnica. Madrid, 2007, pp: 51- 91.

## 2. Definición de algunos términos fundamentales

La *investigación* se puede definir como “el conjunto de actividades diseñadas para desarrollar o contribuir a un conocimiento generalizable”. El conocimiento consiste en teorías que demuestran su temple a través de la observación y la inferencia científica<sup>2</sup>. La aplicación del conocimiento científico es lo que denominamos *tecnología*.

Llamamos *investigación biomédica* a toda aquella investigación que tiene como finalidad contribuir a un conocimiento generalizable relacionado con la salud del ser humano o de las poblaciones. La investigación biomédica que se realiza en seres humanos, o que utilizar material biológico o biográfico procedente de seres humanos, es lo que conocemos específicamente como *investigación clínica* y su objetivo es obtener conocimiento que permita el desarrollo de tecnología médica útil para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de las enfermedades, o para la comprensión de las mismas.

La investigación clínica cabe dividirla, a su vez, en dos grandes grupos: la investigación denominada experimental y la observacional, lo cual tiene importantes derivaciones éticas. La *investigación clínica experimental* es aquella que requiere la intervención del investigador en el cuerpo del sujeto o paciente sometido a investigación, creando por tanto condiciones nuevas o experimentales, que no se darían de forma natural, y de este modo establecer las mejores condiciones de observación posibles, por ejemplo mediante la administración de una sustancia o fármaco para conocer su eficacia, o bien como instrumento o sonda para explorar mecanismos naturales (fisiológicos) o patológicos (fisiopatológicos), o mediante la aplicación de un producto sanitario, o de una técnica quirúrgica o diagnóstica nueva. La investigación experimental modifica, por tanto, en mayor o menor medida la relación clínica entre el profesional sanitario y el sujeto de investigación (el ensayo clínico aleatorizado es el ejemplo más característico de la investigación clínica experimental). En la *investigación clínica observacional*, en cambio, el investigador se limita a observar, fijando por supuesto las mejores condiciones posibles, pero no interviene ni modifica el curso habitual de lo que está observando. A diferencia de la investigación experimental, que debe ser siempre prospectiva, la observacional puede ser prospectiva o retrospectiva; podría incluso no ser necesaria la presencia física del propio sujeto si la información que se busca está registrada (las encuestas, los estudios de cohorte o los estudios de casos y controles serían ejemplos de estudios observacionales).

---

<sup>2</sup> Levine RJ. Ethics and Regulation of Clinical Research., 2nd ed, Yale University Press, New Haven, 1986 (2nd ed), págs 3 y 10.



Los términos *experimento*, *experimentación* o *evaluación experimental* siempre implican intervención, es decir, exposición a unas condiciones nuevas que no se darían fuera del contexto de la investigación. A toda medida nueva y no probada que es sometida a un experimento se denomina por contigüidad *experimental*, así se puede hablar de *tratamiento experimental* o de *intervención quirúrgica experimental* y, por extensión, a toda medida nueva cuyo rendimiento no ha sido probado se suele denominar también como *experimental*, se aplique o no en el contexto de un experimento. Más tarde se aclarará la importancia de este matiz. Antes hay que introducir otro concepto.

Reconocemos como *práctica clínica* al “conjunto de actividades diseñadas para proporcionar un beneficio o mejorar el bienestar del sujeto a través de la realización de un diagnóstico, de la aplicación de medidas preventivas o del tratamiento de enfermedades”. Por tanto, la diferencia fundamental entre práctica clínica e investigación clínica es que la primera es una actividad *primariamente beneficente*, mientras que la segunda es una actividad *primariamente cognoscitiva*. Ello no es óbice para que de la primera pueda extraerse en mayor o menor medida un cierto conocimiento o para que de la segunda se pueda beneficiar el sujeto que se somete a investigación, pero ambos objetivos en el supuesto de que se tengan, serán secundarios, no primarios. Carece, por tanto, de sentido hablar de investigación beneficente o terapéutica dado que si se hace investigación es porque se desconoce la eficacia y seguridad de la nueva medida que se aplica y bien podría resultar peor que las medidas habituales. Por tanto, los sujetos asignados al grupo experimental resultarían beneficiados si la medida estudiada demuestra ser más eficaz y segura que las habituales, pero podrían ser perjudicados si la nueva medida demuestra ser menos eficaz y/o de mayor riesgo. Finalmente, en ninguno de los dos supuestos los pacientes asignados al grupo control o de referencia resultarían especialmente beneficiados. De aquí, la falta de lógica de hablar de una investigación presuntamente terapéutica<sup>3</sup>.

El uso de esta terminología, tiene además implicaciones éticas importantes, dado que el paciente participante en la investigación puede llegar a creer que “sólo” dentro del proyecto de investigación recibirá el mejor tratamiento disponible (a esta falsa concepción de la investigación como terapia se ha venido denominando en medios anglosajones como *the therapeutic misconception*<sup>4</sup> y que podríamos traducir al castellano como “el equívoco

---

<sup>3</sup> Levine, Op. cit, págs 3 y 10

<sup>4</sup> Appelbaum PS, Roth LH, Lidz CW, Benson P, Wnslade W. False Hopes and Best Data - Consent to Research and the Therapeutic Misconception. Hastings Center Report 1987; 17:20-24.

terapéutico”). Ello no significa que pueda haber muchas investigaciones con un beneficio potencial directo para el sujeto de investigación (incluso superior al que podría obtener fuera de la investigación), y que, por tanto, dichas investigaciones pudieran tener una consideración ética más favorable que aquellas que no tienen perspectiva alguna de beneficio, como tendremos oportunidad de ver. Lo único que se afirma es que si es investigación, el beneficio de dicho tratamiento está por demostrar, y eso debería conocerlo el paciente.

Las prácticas clínicas pueden considerarse divididas en dos grandes grupos: las prácticas clínicas validadas y las no validadas. Las *prácticas clínicas validadas* son aquellas cuyo resultado se puede predecir razonablemente porque existen pruebas objetivas de su rendimiento (eficacia, seguridad, eficiencia), mientras que las *prácticas clínicas no validadas* serían aquellas cuyo rendimiento no ha sido probado y se carecen de datos objetivos que lo avalen<sup>5</sup> (figura 1). El estado de estas últimas debería ser transitorio mientras se concluye el proceso de validación que no sería otra cosa, pues, que la propia investigación clínica.

De acuerdo con estas definiciones se puede entender mejor el problema ético básico que plantea la investigación con seres humanos: ¿Se puede intervenir en el cuerpo de un ser humano con la intención de obtener conocimiento útil para el avance de la ciencia y, en consecuencia, para el beneficio de la sociedad? y si es así, ¿en qué condiciones? Antes de entrar a debatir este problema ético, es necesario dejar explicado por qué la medicina necesita de la investigación clínica.

### **3. El cambio de paradigma de la Medicina clínica: sus bases lógicas**

Thomas Kuhn introdujo el concepto de paradigma de una ciencia<sup>6</sup>, con el que pretendía expresar todo aquello que los profesionales de una determinada disciplina científica dan por supuesto, dicho de otro modo, “el conocimiento tácito de la comunidad científica”. El paradigma constituye, por tanto, el sistema dentro del cual los científicos razonan cuando intentan resolver los problemas que les son propios; supone las premisas del pensamiento científico y, por tanto, no suele ser considerado en sí mismo como un problema científico. La tesis de Kuhn es que las disciplinas científicas no avanzan de un modo gradual sino a grandes saltos. Los paradigmas se mantienen durante largos periodos de tiempo y los científicos se ocupan de resolver los enigmas y los problemas dentro del

---

<sup>5</sup> Levine, Op. cit, págs 3 y 10

<sup>6</sup> Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica, 1971.

sistema conceptual básico predominante. Pero eventualmente el paradigma entra en crisis, se empiezan a cuestionar sus premisas y conceptos básicos y se proponen otros nuevos que se adapten o expliquen mejor nuestro entorno. Es entonces cuando se produce una revolución científica; con ella se da un gran avance en la historia de la ciencia y comienza un nuevo periodo de estabilidad. Revoluciones científicas fueron la teoría de la evolución en Biología o la teoría de la relatividad en Física.

En Medicina clínica, el cambio de paradigma fundamental se ha producido en el siglo XX y tiene que ver con lo que hoy en día tiende a denominarse “Medicina basada en la evidencia”, pero antes tuvo que producirse un hecho trascendental: la toma de conciencia de la incertidumbre y la adopción del razonamiento probabilístico como instrumento de indagación para la comprensión y enfrentamiento racional de la enfermedad, lo cual empieza a fraguarse en el siglo XIX, con la propuesta del *método numérico* de Pierre Charles A. Louis para conocer la eficacia de la terapéutica<sup>7</sup>.

Hoy día sabemos que las relaciones de los agentes con las enfermedades no son relaciones causales, *sensu stricto*, sino relaciones factoriales. La presencia de un factor aumenta el riesgo de contraer la enfermedad, pero no la determina por sí solo. Por tanto, el modelo determinista monocausal, que proponía la existencia de causas necesarias y suficientes para explicar el proceso de enfermar, era una quimera. Sólo los *modelos multicausales* explican el fenómeno de enfermar. Y en ellos caben muchas posibilidades: no sólo una misma enfermedad puede reconocer diversos factores causales, que además deben estar presentes para constituir una *causa suficiente*, sino que éstos pueden participar en la aparición de otras enfermedades, es decir no son específicos de la enfermedad<sup>12</sup>. Ante esta complejidad, la única aproximación epistemológica válida es el razonamiento probabilístico: un factor será causa de una enfermedad cuando en su presencia la probabilidad o el riesgo de enfermar aumente. De ahí que se prefiera el término *factor de riesgo* al de causa. En la misma línea, un medicamento sólo se considerará eficaz cuando en su presencia se reduce la incidencia de la enfermedad (prevención) y/o aumenta la probabilidad de curación o cualquier otra variable de resultado relevante, respecto a un control sin la presencia de dicho medicamento. El conocimiento de la fisiopatología de una enfermedad orienta la investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos, pero no determina, en absoluto, su resultado, de ahí que los nuevos tratamientos tengan que probarse en el ser humano para

---

<sup>7</sup> Rosser Mathews J. La búsqueda de la certeza - la Cuantificación en Medicina. Editorial Triacastela, Madrid, 2007.

conocer su eficacia y seguridad. En otras palabras, las investigaciones realizadas en el laboratorio en animales son necesarias, orientan el desarrollo posterior, pero no son determinantes ni definitivas.

Tampoco sirven las observaciones individuales, las cuales, si bien contribuyen a aumentar la experiencia personal, tienen poco valor para indagar en el complejo marco de relaciones factoriales que explican las enfermedades o que indican que un tratamiento es eficaz. Para la práctica de la Medicina se necesita no sólo la experiencia personal, sino las pruebas derivadas de las observaciones sistemáticas, realizadas a través de un método que controle las fuentes de error. Así nace el método epidemiológico, que poco a poco se impone como la nueva racionalidad (o la nueva lógica) de la Medicina y con él la convicción de que la certidumbre no es alcanzable, sólo existe el conocimiento probable, no el conocimiento cierto. En filosofía la crisis del conocimiento empírico como universal y cierto hunde sus raíces en la obra del filósofo escocés David Hume, pero no ha sido hasta el siglo XX que ha calado en el ámbito de las ciencias biológicas<sup>8</sup>.

Este abandono de la certeza, por la imposibilidad de alcanzarla, ha supuesto un cambio trascendental en el ejercicio de la Medicina y explica en gran medida la crisis actual que vivimos, dado que, entre otras razones, la sociedad no está preparada para asumir que los médicos y las autoridades sanitarias sólo tienen un conocimiento probable de las causas de las enfermedades, o de la eficacia y seguridad de los medicamentos, de las intervenciones quirúrgicas o de las medidas preventivas.

### ***3.1. De la Medicina basada en la experiencia personal (subjetiva) a la Medicina basada en la evidencia (objetiva)***

Teniendo en cuenta la discusión precedente, el antiguo paradigma de la Medicina se basaba en los siguientes supuestos acerca de los conocimientos necesarios para orientar la práctica clínica<sup>15</sup>:

- a. Las observaciones individuales a partir de la experiencia clínica son una forma válida de desarrollar y mantener los conocimientos acerca del valor de las pruebas diagnósticas, la eficacia de los tratamientos y el pronóstico de las enfermedades.
- b. El estudio y comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad y de los principios fisiopatológicos constituyen una pauta suficiente para la práctica clínica

---

<sup>8</sup> Gracia D. Investigación clínica. En: Profesión Médica, investigación y justicia sanitaria. El Búho, Bogotá, 1998, págs: 77-110.

- c. Una combinación de una formación tradicional sólida y el sentido común es suficiente para permitir la evaluación de las pruebas y tratamientos nuevos
- d. Los conocimientos de la materia y la experiencia clínica constituyen una base suficiente, a partir de la cual generar guías válidas para la práctica clínica.

Este paradigma confiere un elevado valor a la autoridad científica tradicional y, a menudo, las respuestas se tratan de encontrar a partir del contacto directo con expertos locales o la consulta de lo publicado por expertos internacionales (“líderes de opinión”).

La crisis del conocimiento empírico como fuente de certeza, que veíamos anteriormente, ha dado lugar a un nuevo paradigma en Medicina cuyos postulados serían los siguientes<sup>9</sup>:

- a. La experiencia clínica y el desarrollo de los instintos clínicos (en especial ante el diagnóstico) constituyen una parte decisiva y necesaria para llegar a ser un médico competente. Muchos aspectos de la clínica no pueden o nunca podrán ser estudiados adecuadamente. La experiencia clínica y sus lecciones son de especial importancia en estas situaciones. Pero, al mismo tiempo, las observaciones sistemáticas que tratan de obtener de forma no sesgada conocimientos reproducibles aumentan notoriamente la confianza sobre las pruebas diagnósticas, la eficacia de los tratamientos y el pronóstico de los pacientes. En ausencia de una observación sistemática es preciso ser prudente en la interpretación de la información deducida de la experiencia clínica y de la intuición, que en ocasiones puede ser engañosa.
- b. El estudio y la comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad (y del mecanismo conocido de la acción de los medicamentos) constituyen guías necesarias pero insuficientes de la práctica clínica. Las bases lógicas para el diagnóstico y tratamiento que se deduce de unos principios fisiopatológicos básicos, en realidad pueden ser incorrectas y conducir a predicciones imprecisas acerca del funcionamiento de los exámenes diagnósticos y de la eficacia de los tratamientos.
- c. Es necesario comprender algunas normas relativas a la evidencia [*el método epidemiológico*] para interpretar correctamente las publicaciones acerca de las causas, pronóstico de las enfermedades, exámenes diagnósticos y estrategias terapéuticas.

---

<sup>9</sup> Evidence-Based Medicine Working Group. La medicina basada en la evidencia – Un nuevo enfoque para la docencia práctica de la medicina. JAMA, 1992; 268: 2420-2425 (edición en española, 1997; 15-21).

En definitiva, la práctica de la Medicina no puede estar basada en la subjetividad de los juicios personales (al menos no únicamente), o de las doctrinas de escuelas, sino necesariamente en la objetividad de los datos y las pruebas (lo que con un anglicismo imposible ya de erradicar se ha venido en denominar “*evidencia científica*”). Dicha evidencia puede ser suministrada por múltiples fuentes, pero el altar supremo donde la observación clínica adquiere el rango de prueba científica es el método epidemiológico. Por ejemplo, en los países desarrollados no se autoriza ningún medicamento si no ha demostrado su eficacia a través de ensayos clínicos aleatorizados, la herramienta más avanzada del método epidemiológico. En definitiva, las intervenciones que se practican en la práctica clínica deben estar validadas y el proceso de validación se denomina “investigación clínica”.

En este nuevo paradigma no se renuncia al papel que la experiencia personal tiene en el ejercicio de la Medicina, pero ha pasado a un segundo plano. Sólo cuando no existen evidencias científicas o estas son contradictorias, la experiencia personal adquiere un papel primario.

Las implicaciones éticas que tiene este cambio de paradigma son evidentes: tradicionalmente la actuación del médico sobre un sujeto enfermo se ha venido justificando desde la “intención del beneficio”. Bastaba con que el médico tuviera esa voluntad de beneficencia para entender que estaba procediendo correctamente. Si la intervención en realidad estaba causando más daño que beneficio era algo que no se podía conocer ni nadie exigía. Ahora no. La práctica de la Medicina ya no puede justificarse éticamente (ni legalmente) sólo con la intención del beneficio, ahora se precisa, además, que las intervenciones que se realicen estén validadas por la comunidad científica a través de procedimientos de investigación clínica que permitan obtener pruebas objetivas de que el balance beneficio-riesgo es favorable<sup>10</sup>.

Por otra parte, la socialización de la Medicina y la toma de conciencia de que los recursos sanitarios son limitados, ha hecho aún más imperativo, por razones de justicia, que dichos recursos se empleen solamente en lo que está probado como eficaz, y si hay más de una opción, elegir la más eficiente (es decir la que tenga mejor relación entre efectividad y

---

<sup>10</sup> Gracia , 1998, Op cit, págs 77-110.

coste). Un uso racional de los recursos es el que consigue la satisfacción de una necesidad del usuario con el menor coste de oportunidad posible<sup>11</sup>.

#### **4. Bases éticas de la investigación clínica**

Como acabamos de ver, la investigación clínica es esencial para el progreso de la Medicina y consustancial al ejercicio práctico de la misma. Las pruebas de eficacia y seguridad son necesarias para poder aceptar como válida cualquier intervención clínica y, por tanto, estar seguros de que dicha intervención tiene un balance beneficio-riesgo favorable en la población de pacientes o usuarios a la que va destinada, y de que estamos realizando, en consecuencia, una práctica clínica correcta. Pero las pruebas no pueden conseguirse a cualquier precio. Por el hecho de estar utilizando seres humanos, la investigación clínica necesita, además de una justificación lógica, una justificación ética. Es lo que vamos a analizar a continuación.

##### **4.1. Principios éticos aplicables a la investigación clínica y su evolución histórica**

Hoy día es común señalar que para que una investigación clínica sea ética debe cumplir con cuatro principios: no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. Estos cuatro principios se pueden expresar, a su vez, en una serie de normas éticas aplicadas a la investigación clínica como el balance beneficio-riesgo, la selección equitativa de la muestra y el consentimiento informado, por mencionar las más importantes. El origen de esta formulación teórica se encuentra en el llamado *Informe Belmont*<sup>12</sup>, finalizado en el año 1978 por la Comisión para la protección de los sujetos humanos sometidos a investigación biomédica y del comportamiento, creada en el año 1974 por el Congreso de los Estados Unidos de América, a raíz del escándalo social que originó la publicación de algunas investigaciones que constituyeron verdaderos abusos contra los derechos humanos. Posteriormente, Beauchamp y Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, de 1979, la desarrollarían con amplitud y la propondrían para la valoración ética de cualquier

---

<sup>11</sup> Carballo F, Júdez J, De Abajo F, Violan C. Uso racional de recursos. En: Gracia D, Júdez J, eds, *Ética en la práctica clínica*. Triacastella. Madrid, 2004.

<sup>12</sup> The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research. *The Belmont Report – Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington D.C.: Department of Health, Education, and Welfare, 1979.

problema médico. Es lo que se conoce en el mundo de la bioética como la “teoría principialista”, sin duda una de las más influyentes en este movimiento<sup>13</sup>.

El hecho de que la formulación de la teoría principialista haya sido bastante reciente, no significa, por supuesto, que los principios no estuvieran en la conciencia moral de los médicos, y de la sociedad en general, con antelación, pero también es verdad que no se “descubrieron” todos al mismo tiempo. Los primeros de los que se tuvo conciencia en Medicina fueron los de no-maleficencia y beneficencia. En ellos se fundó la ética de la Medicina durante siglos, constituyendo lo que hoy se conoce de un modo peyorativo como “paternalismo médico” (“todo en beneficio del enfermo pero sin contar con el enfermo”). Ya a finales del siglo XIX y comienzos del XX comienza a hacer su aparición el principio de autonomía, incorporándose el consentimiento informado como instrumento práctico que permite su realización. Y hay que esperar al último cuarto del siglo XX para ver aparecer con claridad el principio de justicia, que exige una distribución equitativa de las cargas y beneficios de la investigación.

Se puede distinguir así tres periodos en la historia ética de la investigación clínica, como ha señalado Diego Gracia<sup>14</sup>. Un primer periodo que abarcaría desde la antigüedad hasta finales del siglo XIX, y que estaría marcado esencialmente por dos signos: 1) una ética guiada por el *principio de beneficencia*: la intervención sobre el cuerpo de un ser humano vivo solo puede justificarse si se hace en su beneficio, quedando excluida, por inmoral, cualquier intervención con el propósito primario de conocer; ésta solo se admite en animales, cadáveres y, durante algunas épocas y en ciertas condiciones, en condenados a muerte (“cadáveres jurídicos”); y 2) una lógica para la adquisición de conocimiento médico en la que primaban las experiencias personales, y se confiaba en el principio de analogía (lo observado en animales era aplicable al ser humano); el conocimiento resultante era, pues, subjetivo, y se basaba en opiniones, especialmente en las opiniones autorizadas. La Medicina clínica se justificaba así moralmente por la intención de beneficiar a los pacientes y no por sus resultados.

Claude Bernard resume magníficamente la ética de la investigación de este primer periodo en su famoso aserto<sup>15</sup>: “*De las experiencias que pueden intentarse en el hombre, aquellas que no pueden más que perjudicar están prohibidas, las que son inocentes están*

---

<sup>13</sup> Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York, 1994, (4<sup>th</sup> ed.)

<sup>14</sup> Gracia, 1998, Op.cit, págs: 77-110. La historia de los principios está magníficamente descrita en la obra de Gracia D. Fundamentos de Bioética. Eudema Universidad, Madrid, 1989.

<sup>15</sup> Bernard, Op. Cit, pág 122.



*permitidas y las que pueden hacer bien son recomendadas*". Como se puede ver la opinión del paciente no es ni siquiera solicitada.

El segundo período se inicia a finales del siglo XIX y comienzos del XX y llega hasta la década de los setenta. En él se opera, como hemos visto, un cambio radical en la concepción lógica de la investigación clínica. El principio de analogía entra en crisis: la experimentación en animales se revela como insuficiente para aportar conocimiento y así la investigación en el propio ser humano se empieza a considerar imprescindible. Para superar el problema moral que esto conlleva, se propone el consentimiento libre y voluntario como requisito fundamental de la investigación (expresión de lo que se reconocerá después como *principio de autonomía*), especialmente de aquella sin esperanza de beneficio directo para el sujeto

Walter Reed en sus famosos experimentos sobre la transmisión de la fiebre amarilla en la isla de Cuba utiliza una formulación del consentimiento informado, que tiene la importancia histórica de ser uno de los primeros de los que se tiene documentación<sup>16</sup>. Estamos en 1900 y este tipo de experimentos, sin beneficio potencial para el sujeto, crea una enorme intranquilidad en algunos sectores de la población, que los observa como equivalentes a los experimentos realizados en animales. No es de extrañar, por tanto, que sean los grupos anti-viviseccionistas los que lideren la oposición a los experimentos realizados en seres humanos<sup>17</sup>. Así se explica que unos años más tarde, en 1907, hicieran comparecer a William Osler, a la sazón Profesor de Medicina en la Universidad de Oxford, y la gran autoridad médica del momento, ante la "Real Comisión sobre Vivisección" del Parlamento Británico. En ella, Osler es preguntado por los experimentos de fiebre amarilla y sobre su opinión acerca de la moralidad de los experimentos que se realizan en el hombre con riesgo para su salud<sup>18</sup>:

Comisario: *Ayer un testigo nos dijo que en su opinión hacer experimentos en el hombre que resulten en un posible daño es inmoral. ¿Es este su punto de vista?*

Osler: *Es siempre inmoral, sin una definida y específica declaración del propio individuo, realizada con completo conocimiento de las circunstancias. Bajo estas condiciones, pienso que cualquier hombre tiene la libertad de someterse a experimentos.*

---

<sup>16</sup> Bean WB. Walter Reed and the Ordeal of Human Experiments. Bull Hist Med 1977; 51:75-92..

<sup>17</sup> Para una ampliación sobre este tema véase el libro de Susan E Lederer. Subjected to Science – Human Experimentation in America before the Second World War. The John Hopkins University Press. Baltimore, 1995.

<sup>18</sup> Jonsen AR. The Birth of Bioethics. New York, Oxford University Press, 1998, págs 125-165.

Comisario: *¿Vd cree que dar el consentimiento voluntario cambia completamente el problema de la moralidad?*

Osler: *Completamente*

El testimonio de William Osler confirma que para la intelectualidad del momento el consentimiento voluntario e informado, ejercido en condiciones de libertad, legitimaba éticamente la investigación en seres humanos, aunque no fuera en su beneficio y hubiera un riesgo derivado de la misma. En la vieja Europa tienen lugar movimientos parecidos, especialmente en los países con un mayor nivel de desarrollo científico. En 1898, en Prusia, un juez condenó al famoso médico Albert Neisser, descubridor del agente causal de la gonorrea, por haber inoculado suero de pacientes con sífilis a prostitutas con la finalidad de evaluar si dicho suero prevenía la enfermedad. Neisser no informó del objetivo de la investigación, ni obtuvo el consentimiento de las mujeres, siendo condenado por ello a pagar una multa y los costes legales. Impulsado por casos como éste, el Ministerio Prusiano de Asuntos Religiosos, Educativos y Médicos, publicó en 1900 unas directrices destinadas a establecer límites éticos a la investigación no dirigida a fines diagnósticos o terapéuticos. En ellas se establece que estas investigaciones no pueden realizarse a menos que los sujetos otorguen *“su consentimiento de forma inequívoca”*, después de haberle dado *“una explicación apropiada sobre las posibles consecuencias negativas de la intervención”*. Por otra parte, se excluye a los *“menores y a los incapaces”*<sup>19</sup>.

Posteriormente, el consentimiento voluntario vuelve a aparecer en las Directrices del Ministerio del Interior alemán de 1931<sup>20</sup>, que se pueden considerar el gran precedente de los códigos modernos, pero cuyo mérito ha sido escasamente reconocido debido, sin duda, a que no sirvieron para evitar los experimentos atroces que realizarían los médicos nazis años más tarde en los campos de concentración. Por ello, en un contexto internacional, se considera al *Código de Nuremberg*, del año 1947, como el primer código de ética de la investigación en seres humanos. En él, el consentimiento voluntario queda consagrado como un requisito *“absolutamente esencial”*. Esta es la primera norma de una relación de diez elaboradas en el contexto del juicio del mismo nombre que se realizó a un grupo de 23

---

<sup>19</sup> Wollman J, Winau R. The Prussian Regulation of 1900: Early Ethical Standards for Human Experimentation in Germany. IRB 1996; nº July-August: 9-11.

<sup>20</sup> Sass HM. *“Reichsrundschreiben 1931”*: Pre-Nuremberg German regulations concerning new therapy and human experimentation. J Med Phylos 1983; 8:99-11.

acusados, en su mayoría médicos<sup>21</sup>. Otro documento normativo fundamental de este período es la *Declaración de Helsinki* de la Asociación Médica Mundial, que se aprueba por su Asamblea General en el año 1964. Si el código de Nuremberg defiende esencialmente los derechos de los sujetos sometidos a investigación, la Declaración de Helsinki sostiene la autorregulación del médico como el puntal fundamental del control ético de la investigación. Este criterio se modificará radicalmente a comienzos de la década de los setenta cuando el malestar social por los abusos cometidos, especialmente en grupos vulnerables (niños, presos, deficientes mentales, minorías raciales...), se hace ya insostenible. Son famosas las denuncias que realizan Henry K. Beecher<sup>22</sup> en los Estados Unidos y Maurice H. Pappworth<sup>23</sup> en el Reino Unido. Especial notoriedad tuvo el estudio de la sífilis de Tuskegee (ciudad del estado sureño de Alabama) realizado por el Servicio de Salud Pública norteamericano y que mantuvo sin tratamiento durante cerca de 40 años a varios centenares de pacientes con sífilis, todos ellos de raza negra, pobres y analfabetos. Esta denuncia realizada por la periodista Jean Heller en el *New York Times* el 26 de julio de 1972, puso fin a la confianza de la sociedad en la autorregulación de los médicos<sup>24</sup>.

Se da así comienzo al tercer periodo marcado por el control público de la investigación, su regulación desde un punto de vista legal, la supervisión de la misma por parte de comités plurales (que incluyen no solo a personal sanitario), la incorporación del *principio de justicia* a través de una selección equitativa de la muestra de sujetos que van a formar parte de la investigación (¿por qué sólo negros, pobres y analfabetos en el estudio de la sífilis si la enfermedad afecta también a otros sectores?) y, en fin, la formulación de la moderna teoría ética de la investigación biomédica con seres humanos a partir del *Informe Belmont*. Este es el período que actualmente estamos viviendo y que lo iniciamos en el año 1974, cuando aparece la primera regulación con fuerza legal en los EE.UU., y a partir de aquí en todo el mundo desarrollado (en España se promulga la primera normativa legal en el año 1978). Dentro de este periodo cabe destacar la modificación sustancial de la Declaración del

---

<sup>21</sup> Para un estudio completo del juicio de Nuremberg y de los orígenes del código véase Annas GJ, Grodin MA. The Nazi Doctors and the Nuremberg Code –Human Rights in Human Experimentation. New York, Oxford University Press, 1992; Shuster E. Fifty years later: the significance of the Nuremberg Code. N Engl J Med 1997; 337: 1436-1440.

<sup>22</sup> Beecher HK. Ethics and clinical research. N Engl J Med 1966; 274: 1354-1360.

<sup>23</sup> Pappworth MH. Human Guinea Pigs: Experimentation on man. Beacon Press, Boston, 1968.

<sup>24</sup> Para una relación completa de los experimentos y del contexto social véase Jones JH. Bad Blood – The Tuskegee Syphilis Experiment. The Free Press. New York, 1993; la relación de este experimento con las ideas racistas entre los médicos norteamericanos está estudiada en Brandt AM Racism and Research: The case of the Tuskegee Syphilis Study. Hastings Center Report 1978; 8: 21-29.

Helsinki en el año 2000, ajustándose a concepciones modernas de la investigación<sup>25</sup> y la publicación de las *Directrices Internacionales CIOMS*<sup>26</sup> que hacen especial hincapié en la investigación que se realiza en los países en vías de desarrollo. En el contexto español, la publicación de la Ley del Medicamento en 1990, posteriormente desarrollada en su contenido relativo a los ensayos clínicos con el Real Decreto 561/1993 y actualizado más recientemente como *Real Decreto 223/2004*<sup>27</sup>, sientan las bases para el control administrativo y ético de los ensayos clínicos con medicamentos y productos sanitarios. Finalmente, el *Convenio de Oviedo* del Consejo de Europa, firmado en 1997 y convertido en Ley en España en el año 1999<sup>28</sup>, completa las bases legales de la investigación con seres humanos. En 2007 aprobó en España la Ley sobre Investigación Biomédica que incorpora, entre otros aspectos, lo señalado en el Protocolo Adicional a la Convención de Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa<sup>29</sup>.

#### **4.2. En busca de un fundamento ético para la investigación clínica**

Es interesante ver cómo toda la teoría ética de la investigación clínica se ha construido sobre la base de los límites que debe tener el uso de seres humanos en investigación. Las regulaciones que derivaron del discurso ético han tenido, por razones obvias, el mismo objetivo. Se ha considerado que la investigación era necesaria para el progreso científico y se han puesto las barreras éticas y legales para evitar, en lo posible, los abusos de los investigadores y de los promotores de la investigación. Es claro que la construcción intelectual en este campo ha ido detrás de escándalos que adquirieron notoriedad pública y que su finalidad ha sido básicamente protectora. El sujeto de investigación es observado como alguien pasivo *sobre el que* se realiza una investigación, es verdad que después de haber solicitado su consentimiento. La idea que quiero destacar es que la orientación del discurso teórico, y su configuración práctica, ha sido, básicamente, desde la

---

<sup>25</sup> De Abajo FJ. La Declaración de Helsinki VI: Una revisión necesaria, pero ¿suficiente?. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 407-420.

<sup>26</sup> International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Accesible en: [http://www.cioms.ch/guidelines\\_nov\\_2002\\_blurb.htm](http://www.cioms.ch/guidelines_nov_2002_blurb.htm). (Traducción al castellano: Pautas Internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Disponible en: <http://www.bioetica.ops-oms.org>.)

<sup>27</sup> Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. BOE n. 33 de 7/2/2004

<sup>28</sup> Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE n. 251 de 20/10/1999

<sup>29</sup> Un resumen del contenido del proyecto de ley aparece en [http://www.la-moncloa.es/NR/exeres/7ABF129D-8A16-4E6F-9B50-67B6CE61F9BD\\_frameless.htm?NRMODE=Published](http://www.la-moncloa.es/NR/exeres/7ABF129D-8A16-4E6F-9B50-67B6CE61F9BD_frameless.htm?NRMODE=Published). El Protocolo Adicional del Convenio puede consultarse en <http://www.bioetica.ops-oms.org/E/docs/draft.pdf>

sociedad/investigador hacia el sujeto. Apenas ha habido un debate sobre el fundamento ético de la investigación desde la perspectiva del propio sujeto de investigación, lo que es llamativo porque, en definitiva, todos somos potencialmente sujetos de investigación. Por eso creo que es importante incorporar al análisis ético la perspectiva del individuo: ¿yo, como integrante de esta sociedad, debería formar parte de investigaciones clínicas?, ¿estoy de alguna manera obligado a participar en el progreso médico? Y si es así, ¿qué tipo de obligación es ésta?

David Heyd ha analizado con detalle el problema ético desde esta perspectiva<sup>30</sup>. Considera que hay tres niveles de razones morales que pueden llevar a un sujeto a plantearse su participación como sujeto de investigación: a) la *elección racional* (egoísmo racional); b) la *justicia* y c) la *virtud*. Aunque las dos primeras permitirían justificar algunos tipos de investigación (por ejemplo, cuando la investigación que mejora las expectativas de la práctica clínica en enfermedades que carecen de tratamiento), sólo la tercera permitiría encontrar un fundamento ético para las investigaciones más problemáticas (aquellas de las que el sujeto de investigación no obtendrá ningún beneficio directo y, en cambio, se expone a unos riesgos inciertos).

Con la participación en una investigación, especialmente en aquella que no tiene perspectiva de beneficio, los sujetos expresan su nobleza de carácter. De aquí se deriva una importante implicación ética: los investigadores clínicos, los promotores y la sociedad en su conjunto contraen con el sujeto de investigación una grave responsabilidad, como contrapartida a la confianza depositada. Con esto, Heyd llega a la conclusión de que la investigación es una *empresa cooperativa* en la que el papel del sujeto de investigación no es menos activo, ni menos importante podríamos añadir, que el del investigador, a pesar de la diferencia de conocimientos tan abismal que existe entre uno y otro. De aquí se sigue que la expresión *investigación en seres humanos* debería ser reemplazada por la de *investigación con seres humanos*. Nunca una preposición fue tan importante. Obsérvese que el tipo de cooperación que aquí se está sugiriendo no es la que se deriva de la búsqueda del propio interés, sino la que deriva de poner al margen éste y situar en primer plano el interés común. Si al primer tipo podríamos llamarlo “cooperación racional”, al segundo habría que denominarlo “cooperación solidaria”, y en la medida en que se involucra a investigadores y a

---

<sup>30</sup> Heyd D. Experimentation on Trial – Why should one take part in Medical Research? Recogido en: Emanuel EZ, Crouch RA, Arras JD, Moreno JD, Grady C, Ethical and Regulatory Aspects of Clinical Research – Readings and Commentary. The John Hopkins University Press, Baltimore, 2003, págs: 161-166. Para una discusión más amplia véase De Abajo

la sociedad en su conjunto “cooperación responsable”. A estos últimos agentes les corresponde el papel de garantes de que el proceso de participación en la investigación cumpla con este precepto.

#### **4.3. Un método de análisis ético: el principialismo jerarquizado**

La tradición moral occidental ha distinguido entre dos tipos de deberes: los llamados deberes perfectos o de justicia y los deberes imperfectos o de virtud. Los primeros son exigibles a todos por igual, se ejercen en un ámbito público y están por encima de la voluntad del individuo (se pueden incluso exigir coactivamente por vía legal). En cambio, los segundos son de gestión privada y conforman el ideal de perfección que cada uno quiere alcanzar. Deberes del primer tipo son, por ejemplo, “no matar” o “no mentir” o también el de “contribuir proporcionalmente con nuestra renta al bien común a través de los impuestos”. Del segundo tipo serían los deberes de “atender a los necesitados” o de “ejercer la caridad”. Esta distinción le ha servido a Diego Gracia para elaborar una *teoría principialista jerarquizada* en la que los cuatro principios de la bioética no se encuentran al mismo nivel<sup>31</sup>. En un nivel superior (nivel 1) estarían los principios de justicia y no-maleficencia; ambos establecerían el marco de los deberes perfectos (los mínimos morales). En un nivel inferior (nivel 2) se encontrarían los principios de autonomía y de beneficencia y establecería el perímetro de los deberes de virtud o supererogatorios (los máximos morales)<sup>32</sup>. La teoría establece que los principios de nivel 1 prevalecerían sobre los de nivel 2 en caso de conflicto. De acuerdo con esto, no sería posible justificar una investigación maleficente o injusta, aunque tuviéramos el consentimiento del sujeto de investigación. No obstante, la teoría contempla además de este momento deontológico (el de los principios), un momento teleológico en que se evalúan las consecuencias de las acciones en cada caso particular. Cuando las consecuencias de la aplicación de los principios, en un curso de acción concreto,

---

<sup>31</sup> Esta teoría está desarrollada en diversos lugares, pero fundamentalmente en dos: Gracia D, Fundamentos de bioética, Eudema Universidad, Madrid, 1989 y Gracia D, Procedimientos de decisión en ética clínica. Eudema Universidad, Madrid, 1991. La aplicación práctica de la teoría puede verse en Álvarez JC. Procedimiento y metodología de la decisión. En: Álvarez JD, ed, Principios y Aplicaciones de la Bioética, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 2005, págs 39-59. Una discusión sobre su aplicación a la investigación puede verse en De Abajo FJ. Investigación clínica en niños: fundamentos y requisitos éticos. *Rev Esp Pediatr* 1997; 53: 134-150, y en De Abajo FJ, Gracia DM. Ética del uso de placebo en investigación clínica. *Investigación y Ciencia* 1997 (noviembre), num 254: 90-99.

<sup>32</sup> Javier Gafo se resistía a llamar los máximos morales como deberes imperfectos, para ello utilizaba la expresión “exigencia ética supererogatoria”. Véase Gafo J. ¿Existen límites en la excelencia? En: Álvarez JD, ed, Principios y Aplicaciones de la Bioética, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 2005, págs 39-59.

son peores para la dignidad del ser humano que las derivadas de su no aplicación, estaríamos en condiciones de justificar una excepción a los principios. De lo cual se concluye que los principios del momento deontológico no serían absolutos. Sólo el canon de la moralidad o sistema de referencia moral, en el que se encontrarían principios formales del tipo “todos los hombres son iguales y tiene derecho a igual consideración y respeto”, o el imperativo categórico kantiano en sus diferentes formulaciones, tendrían un carácter absoluto.

Tratando de aplicar esta teoría al ámbito específico de la investigación con seres humanos, es fácil ver que el nivel 1 de los principios es el propio de la sociedad y del investigador (la sociedad se haría presente a través de los Comités de evaluación ética de la investigación<sup>33</sup>), en tanto que el nivel 2 sería el propio del sujeto de investigación. En el nivel 1 se encontrarían normas éticas que tienen que ver con el ámbito público y que reflejarían los límites que la sociedad debería poner a la investigación como son: la utilidad social de la investigación, su corrección técnica, la selección equitativa de la muestra, la especial protección de grupos vulnerables, la valoración objetiva de la relación beneficio-riesgo (procurando que no sea abiertamente desfavorable) etc. Es aquí donde tienen que poner todo su empeño los miembros de los Comités. En el nivel 2 se encontrarían las normas de gestión privada y que son expresión del ejercicio de autonomía por parte del sujeto, como el proceso de consentimiento informado, la valoración por parte del sujeto de la relación beneficio-riesgo, la definición del marco de la privacidad y confidencialidad o la determinación de las preferencias. Algunas normas éticas están mirando a los dos niveles, por ejemplo, la relación beneficio-riesgo debe ser evaluada por el Comité y también por el sujeto de investigación, una vez conocida la realizada por el Comité. Del mismo modo, aunque el ejercicio de la autonomía del sujeto es una norma propia del nivel 2, el respeto a la misma por parte de los demás es una norma de nivel 1, porque sería un deber de no-maleficencia (por ejemplo: la invasión de la privacidad más allá de lo determinado por el sujeto o la ocultación de información importante, sería claramente maleficente).

De acuerdo con esta propuesta, las investigaciones deberían ser evaluadas por los Comités estableciendo unos mínimos de aceptabilidad sobre las bases de los principios de nivel 1. Si se superan, sería el momento de que el sujeto de investigación con toda la información relevante que se le pueda facilitar (incluyendo el informe del Comité)

---

<sup>33</sup> En España se denominan Comités Éticos de Investigación Clínica. Ver Real Decreto 223/2004.

actualizara sus preferencias y decidiera su participación (nivel 2). Si no se superan los mínimos aceptables del nivel 1, el Comité debería evaluar las consecuencias y finalmente decidir si se rechaza o se prosigue. Una investigación que entrañe riesgos y no tenga un beneficio potencial directo para el sujeto sería, en principio, maleficente (momento deontológico), pero se podría superar el nivel 1 si se considera que las consecuencias de no realizar la investigación son peores (momento teleológico). En este caso se debe de asegurar que la investigación, tal como está diseñada, es importante, no hay alternativas metodológicamente viables, se han introducido medidas oportunas de minimización de riesgos y se garantiza que la información que se da al paciente es completa, legible y veraz. El proceso de consentimiento informado, en estos casos, podría ser objeto de una fiscalización o auditoría por parte del Comité, o de personas designadas por él, para asegurar que el consentimiento que otorga el sujeto es auténtico, es decir, ha entendido la investigación, se da cuenta de su importancia, comprende los riesgos que asume, las medidas de protección frente a los mismos, incluyendo los mecanismos de compensación, y afronta su participación como un ejercicio de solidaridad plenamente autónomo. Si la persona es incapaz, o en general, pertenece a grupos vulnerables, la justificación de la excepción sería sin duda mucho más difícil.

## **5. Conclusion**

La obtención de pruebas a través de la investigación con seres humanos es fundamental para poder ejercer una Medicina clínica correcta. Sólo a través de las pruebas, de los datos objetivos, sabremos si lo que se hace con los pacientes es realmente por su beneficio (“Medicina basada en la evidencia”). La sola intención no sirve para justificar moralmente la práctica clínica, pero las pruebas que se exigen no se pueden obtener a cualquier precio. En la medida en que se utilizan seres humanos debe respetarse su dignidad. De acuerdo con la segunda formulación del imperativo categórico kantiano, los seres humanos deben ser tratados como fines en sí mismos, y no solamente como medios. Concretar este principio formal en normas específicas aplicables a la investigación, y diseñar/aplicar un método que permita alcanzar decisiones prudentes, es la tarea apasionante que tenemos por delante. El progreso es posible y conveniente, tal vez incluso necesario, pero todos tenemos que hacer un ejercicio de responsabilidad para que sea, además, ético.



## **ARTIGOS – COMUNICAÇÕES LIVRES**



## **ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**



## Amamentação e alimentação em idade pré-escolar

Gomes, Marta<sup>1</sup>; Rocha, Bertina<sup>1</sup>; Aparício, Maria Graça<sup>2</sup>; Silva, Ernestina<sup>2</sup>; Cunha, Madalena<sup>2</sup>

### 1. Introdução

Os estilos de vida são definidos pelo “conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, DGS, 2004). Podem também definir-se como a forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais e comportamentos que estão na génese da saúde individual e colectiva (DGS 2003). De entre os vários determinantes da saúde individual, tem sido alvo de especial destaque os comportamentos relacionados com a alimentação e actividade física (IOTF, 2005).

Vários estudos descrevem os benefícios do aleitamento materno, pelo menos durante seis meses, com evidências na prevenção de infecções, na redução da pressão arterial e níveis de colesterol e na diminuição do risco de desenvolvimento de excesso de peso e obesidade (BALABAN & SILVA, 2004; AGOSTONI et al, 2009). No entanto poucos se debruçaram sobre o seu impacto no estilo de vida posterior da criança, nomeadamente na sua associação com uma alimentação mais saudável, relacionados com o desenvolvimento de mecanismos mais eficazes de regulação da ingestão energética.

Com o objectivo de definir ou clarificar estilo de vida saudável, em 2002 a OMS elaborou um relatório no qual salienta que a adopção de comportamentos de risco está intimamente ligada a problemas de saúde no imediato mas sobretudo a longo prazo. Neste relatório, risco é definido como uma probabilidade de um resultado adverso, ou um factor que aumenta essa probabilidade, referindo que a nível mundial existem principalmente dez factores que afectam a saúde do indivíduo, dos quais fazem parte a obesidade bem como doenças associadas a esta, como sejam a hipertensão arterial e colesterol elevado. O mesmo documento salienta ainda que um número pequeno de riscos causa um grande número de mortes prematuras.

---

<sup>1</sup> Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, CHC.

<sup>2</sup> CI&DETS – Docentes da Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV.

Em Portugal a DGS (2003) elaborou o “Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida” o qual assentou numa abordagem dos factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis, tais como o tabaco, álcool, alimentação, actividade física e o stress. Para a sua implementação utilizou vários processos dos quais se salienta o estabelecimento de um protocolo de colaboração com a OMS; o envolvimento e a participação intersectorial, aos diferentes níveis; a criação de uma estrutura central para implementação do Programa; a criação e formação de equipas de intervenção comunitária local, sediadas nos Centros de Saúde; a avaliação e monitorização da evolução do Estado de Saúde e dos Comportamentos de Saúde na população alvo, através da utilização de questionários de avaliação quinzenais.

A alimentação é um dos factores que mais contribui para o aparecimento de doenças crónico-degenerativas no ser humano, que são hoje a principal causa de mortalidade no adulto. E uma vez que é na infância que os hábitos alimentares se formam, é necessário o entendimento dos seus factores determinantes, para que seja possível propor processos educativos efectivos para a mudança do padrão alimentar da criança, (RAMOS & STEIN, 2000).

A prevenção da obesidade em lactentes e crianças deve ser considerada uma prioridade e neste sentido é importante delinear estratégias preventivas que nos lactentes passam pela promoção do aleitamento materno exclusivo; evitar a adição de açúcares e amidos aos leites adaptados; promover a ingestão adequada de micro-nutrientes necessários para promover um crescimento óptimo (OMS, 2002).

Considerando a amamentação como o primeiro passo e um dos mais importantes para a alimentação da criança, a OMS em parceria com a UNICEF estabeleceram dez passos que consideram ser fundamentais no sucesso da amamentação e que devem ser respeitados pelos profissionais de saúde, sendo eles: possuir uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser transmitida a todos os profissionais de saúde; treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para a implementação desta norma; informar todas as grávidas atendidas pela equipa, da importância da amamentação; ajudar as mães a iniciar a amamentação o mais precoce possível, ou seja, na primeira meia hora após o parto; mostrar às mães como devem amamentar e como é possível manter a lactação, mesmo que, por algum motivo, tenham de ser separadas dos seus filhos; não dar, nos primeiros seis meses, nenhum outro alimento ou bebida para além do leite materno, a não ser que seja prescrito

pelo médico; praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebés estejam juntos 24 horas; encorajar a amamentação em horário livre, ou seja, sempre que o bebé quiser; não dar tetinas ou chupetas artificiais a bebés alimentados ao peito até que esteja estabelecida a amamentação; encorajar a criação de grupos de apoio à amamentação.

Segundo BREDA e NUNES (sd), o acto de comer, para além de satisfazer necessidades biológicas e energéticas fundamentais ao bom funcionamento do organismo, é também fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura. No entanto, é necessário um equilíbrio na escolha dos alimentos de forma a suprir as necessidades diárias ao longo das diferentes fases da vida, mais do que comer muito é necessário saber comer.

A família continua a desempenhar um papel importante na educação alimentar das crianças e dos jovens, uma vez que os hábitos alimentares são aprendidos no seio familiar. Esses hábitos iniciam-se com o nascimento e desenvolvem-se ao longo da infância.

VALLE et al (sd) defendem que para a formação dos hábitos alimentares na infância contribuem factores fisiológicos e factores ambientais. Como factores fisiológicos consideram a experiência intra uterina, o paladar do recém-nascido, a amamentação, a neofobia e a regulação da ingestão de alimentos. Como factores ambientais consideram a alimentação dos pais, o comportamento do cuidador, as condições sócio económicas, a influência da televisão e a alimentação em grupo. Os mesmos autores referem ainda que a formação dos hábitos alimentares inicia-se aquando da gestação e intensifica-se durante a amamentação, a mãe deverá adoptar uma alimentação variada, uma vez que os diferentes alimentos interferem no odor do líquido amniótico e no sabor do leite materno, desta forma promove diferentes experiências de sabores no início da vida e assim facilita a aceitação dos alimentos mais tarde.

Uma forma acessível e fácil para se reconhecer a base de uma alimentação saudável reside na consulta da roda dos alimentos. Esta é uma representação gráfica em forma de círculo dividida em vários segmentos de vários tamanhos que representam os vários grupos alimentares com o objectivo de transmitir orientações para uma alimentação saudável e completa (PINA, 2002).

Segundo NUNES e BREDA (sd) durante o período pré-escolar (3 e os 6 anos), verifica-se um crescimento acentuado assim, a qualidade da alimentação é determinante, quer para a maturação orgânica quer para a saúde psíquica e social. No entanto, constata-se que na maioria das vezes, a preocupação dos pais se centra na quantidade da alimentação, e não

em desenvolver hábitos e atitudes direccionados a padrões de alimentação mais adequados do ponto de vista qualitativo (RAMOS & STEIN, 2000).

Durante os primeiros anos de vida as necessidades energéticas para manter as funções vitais do organismo são superiores às da idade adulta, devido, essencialmente à maior actividade física demonstrada na infância e às exigências do próprio organismo.

Neste âmbito, este estudo teve como objectivo principal analisar a relação entre a amamentação e o estilo de vida da criança em idade pré-escolar, nomeadamente com o seu tipo de alimentação.

## 2. Material

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário sócio-demográfico, de antecedentes clínicos e de frequência alimentar adaptado de RITO (2004). O estilo de vida da criança foi medido pelo somatório dos índices, horas de sono, hábitos alimentares e de actividade física

Tendo por base a fórmula (Média  $\pm$  0.25dp) preconizada por PESTANA & GAGEIRO (2004) foram efectuados grupos de corte que permitiram a seguinte classificação do Estilo de Vida:

Saudáveis ( $\bar{x} + 0,25 \text{ dp}$ ) =  $\geq 168$

Razoavelmente saudáveis ( $\bar{x} + 0,25 \text{ dp}$  e  $\bar{x} - 0,25 \text{ dp}$ ) =  $\geq 161$  e  $\leq 167$

Não saudáveis ( $\bar{x} - 0,25 \text{ dp}$ ) =  $\leq 160$

## 3. Método

Estudo transversal, realizado com 215 crianças entre os 3-6 anos, residentes no centro do país.

A população deste estudo é constituída por todas as crianças nascidas nos anos de 2003, 2004 e 2005, com idade compreendida entre os 3-6 anos, (idade pré-escolar) e suas famílias, inscritos nos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar da região de Viseu e Dão.

A *técnica de amostragem* é não probabilística acidental, uma vez que não foram utilizados os mecanismos aleatórios na selecção dos elementos da amostra e não se conhece a probabilidade de cada elemento ser escolhido.

Para a amostra, utilizámos os seguintes critérios de inclusão: crianças do Distrito de Viseu que frequentam a Consulta de Vigilância de Saúde Infantil, nascidas no ano de 2003,



2004 e 2005, a viver com a família biológica (pai e/ou mãe) e que não apresentam doença crónica de base.

A amamentação é uma variável contínua que representa o período de tempo em que a criança foi alimentada com leite materno. Não foi feita distinção entre alimentação com leite materno exclusivo e alimentação com leite materno associado a suplemento. Esta variável foi operacionalizada em meses, até aos 6 meses, dos 7 aos 12 meses e mais de 12 meses sendo codificada considerando que quanto mais tempo de amamentação, maior o score.

#### 4. Resultados

Da amostra, 95,8% das crianças foram alimentadas com leite materno. O tempo médio de amamentação das crianças é de 7,1 meses, o mínimo 0 e o máximo 48 meses, sendo o Dp= 7,26 meses, o coeficiente de variação é de 102,25% demonstrando uma dispersão elevada em função do valor médio (Cf Tabela 1).

**Tabela 1– Estatísticas relativas ao tempo de amamentação**

Variável	Nº	Mín	Máx	Média	DP	CV	Sk/erro	K/erro	K/S
Tempo de Amamentação	227	0	48	7,1	7,260	102,25	15,49	24,85	0,000

Verifica-se que a maioria das crianças (65%), foi amamentada até aos seis meses, 22,6 % até aos 12 meses e 12,4% mais de 12 meses. Pela análise da tabela nota-se que um maior numero de meninos são amamentados durante mais tempo que as meninas (Cf tabela 2).

**Tabela 2 - Distribuição da amostra relativas ao tempo de amamentação em meses por região e sexo**

Tempo de amamentação	Região						Sexo					
	Viseu		Dão		Total		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 6 meses	49	21,7	98	43,4	147	65,0	62	27,4	85	37,6	147	65,0
7 a 12 meses	15	6,6	36	15,9	51	22,6	30	13,3	21	9,3	51	22,6
> 12 meses	7	3,1	21	9,3	28	12,4	17	7,5	11	4,9	28	12,4
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>31,4</b>	<b>155</b>	<b>68,6</b>	<b>226</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>48,2</b>	<b>117</b>	<b>51,8</b>	<b>226</b>	<b>100</b>

A introdução da papa sem glúten foi em média aos 4,65 meses, com mínimo de 3 e um máximo de 18 meses, enquanto a papa com glúten foi introduzida, em média, 9,33 meses, a fruta aos 5,7 meses de idade e a sopa aos 4,88 meses;

A média dos estilos de vida, relativamente à amostra global, era de 163,85 e o desvio padrão de 14,41 com um coeficiente de variação de 8,79, o que revelou uma dispersão fraca em relação ao valor médio (Cf tabela 3).

**Tabela 3 - Estatísticas relativas ao estilo de vida global das crianças por região**

	n	Min	Máx	Media	DP	CV %	Sk/erro	K/erro
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>123,3</b>	<b>203</b>	<b>163,85</b>	<b>14,41</b>	<b>8,79</b>	<b>1,005</b>	<b>-0,173</b>

Analisando as várias dimensões dos estilos de vida para a amostra global, a média de alimentação saudável era de 54,88, verificando-se, pela média global que o índice de consumo de alimentação saudável é baixo, uma vez que, nem sequer atinge o valor médio do score, e a alimentação não saudável para a amostra global, atingia uma média de 79,92., sendo que quanto menor, mais acentuada.

Relativamente o local de actividade diária, verificou-se que a maioria das crianças (98,7%) frequentava o jardim-de-infância, passando fora de casa em média 8,36 horas; relativamente ao meio de transporte utilizado na deslocação para a escola, a maioria (81,2%) vai sempre de carro e apenas 9,4% se deslocam sempre a pé enquanto 3,4% das crianças se desloca de bicicleta.

Relativamente ao tempo passado a ver televisão ou a jogar computador, verificou-se que, de segunda a sexta-feira, as crianças passavam em média, 65 minutos diários a ver televisão. Ao fim de semana, este tempo aumentava em média para 120 minutos. O tempo a jogar computador, de segunda a sexta-feira, era em média 9,5 minutos diários e ao fim de semana 26 minutos diários, sendo a média de hábitos sedentários para o global da amostra de 7,19.

A média de horas de sono, para o global da amostra, era de 11,73 horas, sendo que os rapazes dormiam em média 11,35 horas e as raparigas 11,38 horas, não havendo no entanto diferenças significativas.

Relativamente à actividade física, verificou-se, para o global da amostra, que a média de actividade física era de 10,57.

Na análise inferencial o teste Mann-Whithen permitiu verificar que as crianças amamentadas revelam uma alimentação mais saudável ( $p=.044$ ), comparativamente às não amamentadas, sendo no entanto esta relação independente do tempo da amamentação ( $\bar{x} = 112.14$ ;  $p=.085$ ).

Verificou-se ainda uma tendência para as crianças amamentadas mais de 12 meses, revelarem melhores índices para as horas de sono, para a actividade física, menos hábitos sedentários e melhor estilo de vida global.

## 5. Discussão

As crianças da amostra são amamentadas, em média, 7,1 meses, verificando-se que 35% da amostra, um valor considerável, é amamentado mais de seis meses. Estes dados vão de encontro ao preconizado pelos autores, uma vez que a OMS (1991), defende que as crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade, sendo este suficiente, até esta idade para suprimir as necessidades do bebé, sem adição de qualquer alimento suplementar. A partir dos seis meses de idade, e sempre que possível, deve ser mantido o aleitamento materno, sendo este, complementado com outros alimentos. As crianças devem ser amamentadas, até completarem os dois anos de idade. O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de doenças tais como a asma e diabetes mellitus tipo 1 (MONTE & GIUGLIANI, 2004). Promove ainda a imunidade do bebé, desenvolvimento correcto da arcada dentária, aumento do coeficiente de inteligência e estabelecimento do vínculo afectivo.

Relativamente à diversificação alimentar, pela análise dos resultados verificamos que a papa sem glúten foi introduzida, em média aos 4,65 meses, a papa com glúten aos 9,33 meses, a fruta aos 5,7 meses e a sopa aos 4,88 meses. Os resultados são fundamentados pelos autores, uma vez que os primeiros alimentos são introduzidos, em média, depois dos 4 meses, ainda que a amamentação exclusiva é defendida pelos autores até aos seis meses de idade. SILVA & GOMES-PEDRO (2005) defendem que o alimento com que se inicia a diversificação alimentar é aleatório podendo ser uma papa de cereais sem glúten ou um creme de legumes seguindo-se a fruta e a carne magra (peru, frango e carneiro). Uma vez introduzido determinado alimento, este deve ser oferecido cerca de uma semana para que a criança desenvolva tolerância ao mesmo. A água deve ser oferecida durante a refeição e nos dias de muito calor no intervalo das mesmas. a OMS recomenda, para crianças

amamentadas, 2 a 3 refeições com alimentos complementares entre os 6 e os 8 meses de idade e 3 a 4 vezes por dia entre os 9 e os 24 meses de idade. SILVA & GOMES-PEDRO (2005) recomendam que o número de refeições não lácteas será inicialmente de uma e posteriormente duas a três até ao ano de vida, não devendo o consumo de leite ser inferior a ½ litro por dia.

Relativamente o local de actividade diária, verificou-se que a maioria das crianças (98,7%) frequentava o jardim-de-infância, a maioria (81,2%) vai sempre de carro para a escola. Estes valores vão de encontro ao esperado uma vez que, MAGALHÃES (2002) refere que as crianças apresentam níveis baixos de actividade física devido à generalização dos meios de transporte e à ocupação dos tempos livres com actividades sedentárias.

Segundo a OMS (2002) a estimativa global da prevalência do sedentarismo entre adultos é de 17%, cerca de 31 a 51% dos adultos são insuficientemente activos.

Relativamente ao tempo passado a ver televisão ou a jogar computador, pela análise destes dados, verifica-se que o tempo que as crianças passam a ver televisão é muito grande, principalmente ao fim de semana em que se verifica uma média diária de 2 horas. O tempo passado a jogar computador não é tão preocupante, uma vez que a maioria das crianças inquiridas não tem ao seu dispor computador. Verifica-se que aquelas que responderam que jogam computador, também o fazem durante muito tempo, no entanto, como existem muitas que não têm computador, a média de utilização é muito mais baixa que a televisão.

Estes dados são de alguma forma preocupantes dado que a AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2001) recomenda que o tempo total dedicado pelas crianças aos meios de comunicação e outros entretenimentos electrónicos não deve exceder as duas horas por dia.

A média de horas de sono, apresenta valores aproximados dos recomendados pelo NATIONAL SLEEP FOUNDATION (2004), que recomenda que entre os 3 e os 5 anos de idade a criança deve dormir cerca de 11 a 13 horas diárias. Normalmente a partir dos 5 anos deixa de dormir a sesta.

Quanto aos hábitos sedentários, o score atribuído pode variar entre 0 e 13, e quanto menor o valor, mais hábitos sedentários, ou seja na região de Viseu existem mais hábitos sedentários que na região do Dão, provavelmente relacionado com o facto de Viseu ser uma região urbana e o Dão uma região mais rural, e por isso menos propícia a hábitos sedentários.

A actividade física apresentou, na amostra, uma média de 10,57, muito próximo do valor médio, demonstrando que a actividade física ainda não está muito enraizada o que vai contra o defendido pela DGS (2007) que defende que a participação da criança em actividades desportivas tem um papel preponderante no processo de crescimento e desenvolvimento, reflectindo-se também na prevenção de várias doenças tais como: obesidade, diabetes e hipertensão arterial. Para além dos benefícios físicos, o exercício físico contribui para a integração social e para o desenvolvimento de aptidões que se traduzem num aumento da auto-estima e confiança. As crianças que são mais activas fisicamente apresentam uma maior performance académica, nos adolescentes, verifica-se uma menor probabilidade de virem a fumar quanto mais participarem em actividades físicas. Os jogos de equipa favorecem a integração social e facilitam o desenvolvimento das capacidades sociais. Neste sentido as escolas devem promover a realização de exercício físico adequado para todos os jovens, em igualdade de circunstâncias, através de programas oficiais de educação física.

## **6. Conclusões**

No estudo verificou-se que uma percentagem elevada de crianças é amamentada com leite materno e 65% mantiveram essa prática até aos 6 meses, mesmo que não de forma exclusiva.

Verificou-se igualmente uma relação significativa entre amamentação e alimentação saudável. Desta forma, estes resultados constituem mais um contributo que permite prever que a amamentação, para além das variadas vantagens apontadas na literatura, pode, de alguma forma, contribuir para a melhoria do estilo de vida da criança, nomeadamente pela opção de uma alimentação mais saudável.

A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo, assim a educação alimentar e nutricional no contexto de práticas alimentares saudáveis é um factor importante quando falamos de adopção de hábitos de vida saudáveis (MONTE, 2004).

Em média, os hábitos de alimentação saudável podem considerar-se baixos, dado que as crianças apresentam um índice de consumo de alimentos saudáveis abaixo do valor médio, mas por outro lado um consumo pouco acentuado de alimentos não saudáveis.

Face ao resultado do somatório dos índices parcelares das sub-escalas, podemos considerar que o estilo de vida da criança é em média razoavelmente saudável.

Assim considerando a prática da amamentação exclusiva, como uma forma de proteger e amar o bebé, o incentivo à sua prática deve basear-se nas evidências e ser como uma semente, que se bem orientada e conduzida, pode promover a saúde e o estilo de vida futuro da criança.

### Referências bibliográficas

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - Pediatrics: Children, Adolescents, and Television. Committee on Public Education. [em linha] (2001) Disponível em: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;107/2/423.pdf>
- APARÍCIO COSTA, Graça – Obesidade Infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências. Projecto de doutoramento em ciências da saúde. Universidade de Aveiro, (não publicado), 2009.
- BALABAN, Geni; SILVA, Giselia A. P. - Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. ISSN0021-7557. vol.80, no.1 (Jan./Feb): 2004.
- BREDA, João; NUNES, Emília – Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância. **Direcção Geral de Saúde**. Lisboa. ISBN 972-9425-94-9. (sd).
- CRISPIM, Cibele Aparecida [et al.] - **Relação entre Sono e Obesidade: uma Revisão da Literatura**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo 51(7) 2007.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Ministério da Saúde; 2003
- DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE - **Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida**. Princípios – chave de prevenção e controle da obesidade. (Sd).
- DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE - **Actividade física e desporto: Actuação ao nível da Educação para a Saúde**. Circular informativa Nº 30/DICES. Lisboa (2007).
- INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE- EU Platform on Diet, Physical Activity and health. [Em linha] 2005 Disponível em <http://www.ionf.org>.
- MAGALHÃES, Luísa - Padrão de actividade física. Estudo em crianças de ambos os sexos do 4.º ano de escolaridade. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física Universidade do Porto. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto. Vol. 2, Nº 5 (2002).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, DGS– **Plano Nacional da Saúde 2004-2010: saúde mental e doenças psiquiátricas**. [Em linha] Disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_227.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html)>. 2004.

- MONTE, Cristina; GIUGLIANI, Elsa - Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. Rio Janeiro. ISSN 0021-7557. Vol.80 Nº5 (Nov.2004).
- NATIONAL SLEEP FOUNDATION (2004). **Sleep in América Poll**. [Em linha]. Disponível em: [http://www.sleepfoundation.org/site/c.hulXKjM0IxF/b.2419295/k.5AAB/Childrens\\_Sleep\\_Habits.htm](http://www.sleepfoundation.org/site/c.hulXKjM0IxF/b.2419295/k.5AAB/Childrens_Sleep_Habits.htm). 2004
- OMS - **Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. THE WORLD HEALTH REPORT. Geneva, 2002.
- PESTANA, Maria Helena ; GAGEIRO, João Nunes - Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS. 4ª ed. Rev. e aumentada. Lisboa. ISBN 972-618-391-X. 2004.
- PINA, Cátia - **A nova roda dos alimentos**. Confagri, 2002.
- RAMOS, MAUREM; STEIN, LILIAN Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*: 76 (supl. 3), Rio de Janeiro 2000
- RITO, Ana - **Estado nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra, Portugal**. Tese de doutoramento. Rio de Janeiro, 2004.
- SILVA, Aires C.; GOMES-PEDRO, João – **Nutrição pediátrica princípios básicos**. Lisboa. Clínica universitária de pediatria hospital de santa Maria. (2005). Deposito legal 231902/05.
- VALLE, Janaína Mello Nasser - **A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos**. [Em linha](sd) Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v010n1/Hinfancia.pdf>.





## A adolescência e o consumo tabágico

Oliveira, António; Albuquerque, Carlos; Almeida, Mariline<sup>1</sup>

A adolescência é um período da vida no qual se processa a transição da infância para a idade adulta. Caracteriza-se pelo esforço em alcançar as metas relacionadas com as expectativas do meio cultural e pelo desabrochar do desenvolvimento físico, mental, emocional e social. Está estabelecido, para a adolescência, o período dos 10 aos 19 anos com duas fases distintas: a primeira dos 10 aos 14 anos e a segunda dos 15 aos 19 anos (OMS (Organização Mundial da Saúde, s.d., cit. por COSTA et al. 2005, p. 16).

A adolescência é uma fase maravilhosa da vida, mas é também uma fase de insegurança, de mudança e instabilidade. Nem adulto nem criança, o adolescente vê-se confrontado com um mundo exigente, complicado e em constante mudança que, por vezes, o impede de criar raízes profundas e saudáveis.

O adolescente sente a necessidade de se confrontar, de experimentar limites, mesmo de os transgredir, constituindo estes, um espaço de conquista e de afirmação, que deve ser vivido individualmente e em grupo. O desejo de ter experiências novas coexiste com o sentimento de invulnerabilidade (que procura esconder a vulnerabilidade) e com o desejo de testar tais limites. Há assim uma intensa necessidade de investir na realidade externa, de procurar um “território” longe do colo parental, que não mais satisfaz totalmente. Surge então o grupo de pares, seres diferentes, mas iguais, que se ajudam mutuamente nesta fase de conquista. Este grupo passa então a ter uma importância muito grande e, tudo se faz para se ser aceite no seu seio, para não se ser banido (SILVA; DEUS, 2005, p. 151).

Albuquerque (2004, p. 174) refere que os comportamentos mais problemáticos dos adolescentes representam estereótipias sociais. A forma de agir dos adolescentes corresponde à ideia que o grupo social tem deste período designado por “crise de adolescência”.

Os comportamentos dos adolescentes são interpretados como resultado de aprendizagens sucessivas que podem ser integradas naquilo que o estágio de desenvolvimento pode proporcionar (BAILEY, 1992 cit. por ALBUQUERQUE, 2004, p. 174).

---

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu.

O processo pelo qual o adolescente aprende a relacionar-se com os outros, a desenvolver-se em grupos cada vez maiores e mais complexos, denomina-se socialização. Um dos principais agentes da socialização na vida do adolescente é o grupo dos pares, com cujos membros explora ideias e o ambiente físico que o rodeia. O adolescente, no grupo, irá aprender a argumentar, persuadir, negociar, cooperar e a fazer concessões, com o objectivo de manter as suas amizades.

O grupo de amigos proporciona ao adolescente um círculo social homogéneo reduzido, no qual ele se sente à vontade reafirmando a sua própria identidade, desenvolvendo as suas habilidades de interacção social e adquirindo amadurecimento suficiente para se integrar na sociedade.

O grupo tem também como objectivo satisfazer três necessidades básicas do adolescente: definir a sua identidade; pertencer a um meio social estruturado e emancipar-se da família. Segundo Sprinthall e Collins (2008), o grupo de colegas, sendo formado por um conjunto de relações sociais horizontais, constitui um espaço necessário à formação da identidade. O grupo exerce dois tipos de influência sobre o adolescente: influência informal – funcionando os amigos como fonte de conhecimento, no que diz respeito a padrões comportamentais, atitudes e valores e consequências dos mesmos nas diferentes situações; influências normativas – exercendo pressão social, no sentido dos adolescentes se comportarem de acordo com os padrões seguidos pelos outros elementos do grupo. Estes dois tipos de influências desempenham um papel deveras importante, no desenvolvimento da identidade do adolescente, enquanto elemento de um grupo, propício a comportamentos aditivos.

Os comportamentos de risco em adolescentes continuam a ocupar um lugar de destaque no conjunto das preocupações que concernem à sua saúde. Actualmente, assiste-se a uma elevada prevalência do consumo de substâncias psicoactivas e a alterações nos padrões de consumo que, sem dúvida, representam uma ameaça à saúde, bem-estar e qualidade de vida dos adolescentes. Ainda mais se lembrarmos que a adolescência é uma das fases do ciclo de vida mais saudáveis, durante o qual são alicerçados conhecimentos, crenças e atitudes subjacentes aos comportamentos, pelo que se considera um período de eleição à promoção de comportamentos de saúde (VINAGRE; LIMA, 2006, p. 74).

O número alarmante de adolescentes fumadores e que o consumo de tabaco é visto como a mais importante causa de morte evitável nos países industrializados. Prevê-se que,

em 2030, irão morrer prematuramente devido ao consumo de tabaco cerca de 10 milhões de pessoas por ano em todo o mundo (DIAS, 2004, p. 9).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatísticas (INE) (2009), em 2005/2006, com base nos resultados de um inquérito feito a nível nacional sobre o estado de saúde da população 19,7% dos residentes em Portugal eram fumadores. Destes, cerca de 10,7% fumavam apenas ocasionalmente e 89,3% faziam-no diariamente. A proporção de fumadores actuais era mais elevada na população masculina: 28,9% contra 11,2% das mulheres. Em ambos os sexos, o valor mais elevado encontrava-se no grupo dos 35 aos 44 anos: 44,6% e 20,9%, respectivamente, em homens e em mulheres. Considerando a população residente que fumava diariamente em 2005/2006, verificava-se que a maior parte tinha começado a fumar entre os 15 e os 19 anos (55,6%), com maior evidência na população com menos de 25 anos (65,1%) e nas que tinham entre 25 a 44 anos (60%). Por outro lado, 33% da população idosa (65 e mais anos) fumadora em 2005/2006 tinha iniciado o consumo com menos de 15 anos.

Ferreira-Borges et al. (2006, p. 42) referem que, nos Estados Unidos da América, conforme um estudo realizado por Jarvis (2005), cerca de 80% dos fumadores referiram ter tido a sua primeira experiência tabágica durante a adolescência. Os mesmos autores acrescentam que, em Portugal, segundo o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas, que decorreu em 2001, numa amostra de adolescentes na faixa etária dos 15 aos 65 anos, 60% dos indivíduos tinha tido a sua primeira experiência tabágica antes dos 18 anos (37% entre os 7 e os 15 anos e 24% entre os 16 e os 17 anos).

Matos et al. (2003, p. 210) expõem que o Conselho de Prevenção do Tabagismo promoveu o contacto com adolescentes de várias escolas secundárias e profissionais portuguesas, com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos, e confirmaram que a maioria dos recrutados tinha fumado pelo menos um cigarro na última semana.

Similarmente, Nunes (2004, p. 57), através de um estudo sobre os jovens e os factores associados ao consumo de tabaco, numa amostra constituída por 173 alunos portugueses, a frequentar o 3º Ciclo do Ensino Básico no ano lectivo de 2002-2003, aferiu que 46,2% do total dos alunos já fumaram tabaco, pelo menos um cigarro, sendo a idade média desta experiência ainda mais baixa do que a encontrada na presente investigação, pois centrava-se no valor médio de 11,79 anos. Esta autora verificou que, dos alunos que alguma vez consumiram tabaco, quase metade da amostra (47,5%) mantinham o consumo diário.

Do que foi possível conhecer na literatura revista, há um aumento de adolescentes do sexo feminino a consumir tabaco, também se constatou, por unanimidade, que amigos mais próximos que fumem são uma forte influência para o início do comportamento tabágico nos adolescentes (MATOS et al., 2003; NUNES, 2003; FERREIRA-BORGES et al., 2006).

Atendendo a estes dados, os quais se consideram alarmantes, apesar das múltiplas campanhas de sensibilização na comunidade, em geral, e nos adolescentes, em particular, tem de se continuar a fomentar os malefícios do consumo tabágico, nomeadamente fazer compreender os adolescentes que são diversas as doenças associadas ao consumo de tabaco, bem como as suas consequências para a saúde, atingindo os vários aparelhos/sistemas do corpo humano. O tabaco tem efeitos nocivos no aparelho respiratório, no aparelho cardiovascular, no sistema vascular, no sistema nervoso central, no aparelho digestivo, no aparelho reprodutor feminino, para além dos efeitos cancerígenos que este é capaz de acarretar (PESTANA, 2006, p. 78).

Relativamente aos efeitos no aparelho respiratório, estes são diversos, contemplando e diferenciando os efeitos agudos e crónicos. Quanto aos efeitos agudos, salienta: a exacerbação da asma; as infecções respiratórias nas crianças (nomeadamente das vias respiratórias inferiores sem doença respiratória subjacente); a irritação sensorial (olhos e mucosa nasal), resfriado comum (os fumadores desencadeiam com maior frequência e intensidade que os não-fumadores); a pneumonia bacteriana (o tabaco é considerado um factor de risco para a pneumonia pelo aumento da colonização bacteriana na árvore respiratória, bem como causando alteração na bacteriologia das pneumonias); o pneumotórax, entre outras (PESTANA, 2006, p. 79-93).

Os danos do tabaco são conhecidos para qualquer idade. Desta forma, a prevenção do tabagismo é essencial quer na infância, quer na adolescência. São vastos os factores que influenciam o adolescente a consumir o tabaco, especialmente, por imitação do comportamento adulto, pressão dos pares, desejo de imitar comportamentos representados nos filmes, desejo de controlar o peso, particularmente no sexo feminino (MOOLCHAN; ERNST; HENNINGFIELD, 2000 cit. por HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006, p. 518).

Nos últimos anos, aumentou muito a oferta de tratamento dos fumadores, com a formação dos profissionais de saúde e a criação de novas consultas de cessação tabágica. No entanto, é muito difícil tratar os fumadores, enquanto fumar continuar a ser barato e fácil de o fazer porque a proibição de fumar nos espaços públicos fechados não é total, nem

efectivamente fiscalizada. Acresce que o tratamento não é participado, nem sequer possível a sua prescrição na maioria das farmácias. Por outro lado, os fumadores só deixarão de fumar se houver campanhas preventivas efectivas e regulares de educação para a saúde nos *media*, ensinando os benefícios de deixar de fumar e os malefícios do tabagismo, informando sobre os recursos de cessação, como são exemplos a linha “SOS deixar de fumar” e o portal de tabagismo da Escola Nacional de Saúde Pública <http://www.parar.net/>, além das consultas para deixar de fumar (RAVARA, 2008).

Os estudos realizados no mundo ocidental mostram que é na adolescência que a grande maioria de fumadores experimenta ou consome de forma mais regular o tabaco, pelo que deverá ser durante esta fase da vida que a investigação e as medidas de educação preventiva deverão incidir, enfatizando-se ainda mais que o tabagismo representa um sério risco para o bem-estar individual. Os seus efeitos passaram despercebidos por muito tempo, por se manifestarem, *grosso modo*, a longo prazo.

### Referências bibliográficas

- COSTA, Daniela [et al.] – **Hábitos alimentares e alcoólicos dos adolescentes do Distrito de Viseu**. Viseu : [s. n.], 2005. 99 folhas. Trabalho realizado no 4º ano do 5º curso de licenciatura em enfermagem, no âmbito do ensino teórico na unidade curricular de monografia.
- SILVA, Ana Sofia ; DEUS, Alberto Afonso – Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo comparativo. Análise Psicológica [Em linha]. 2005. [Consult. 16 Out. 2009]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a07.pdf>>.
- ALBUQUERQUE, Carlos – **Comportamientos de salud y de riesgo en la adolescencia: determinantes psicosociales y cognitivos**. Badajoz : Universidade de Extremadura, 2004. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Extremadura.
- SPRINTHALL, Norman A. e COLLINS, W. Andrew - *Psicologia do Adolescente: Uma Abordagem Desenvolvimentista*. (4ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008, ISBN 978-972-31-0634-3.
- FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha; RAMOS, Pedro – Prevalência e determinantes psicossociais do consumo de tabaco em jovens do 2º e 3º ciclo do ensino básico do concelho de Cascais: o papel da família e do contexto. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 24, n.º2 (Julho/Dezembro 2006), p. 41-54.

- VINAGRE, Maria da Graça; LIMA, Maria Luísa – Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiencias e julgamentos de risco. Psicologia, Saúde & Doenças. Lisboa. ISSN 1645-0086. Vol. 7, nº1 (Julho 2006), p. 73-81.
- DIAS, Carlos Matias – Aspectos epidemiológicos do uso de tabaco – Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-151-7. P. 9-17.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. INE, I.P. / INSA, I.P., Lisboa - Portugal, 2009.
- MATOS, Margarida Gaspar de; GASPAR, Tânia; VITÓRIA, Paulo e CLEMENTE, Manuel Pais – Comportamentos e Atitudes sobre o Tabaco em Adolescentes Portugueses Fumadores. In *Revista de Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 4 (2), pp. 205-219, 2003.
- FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha; RAMOS, Pedro – Prevalência e determinantes psicossociais do consumo de tabaco em jovens do 2º e 3º ciclo do ensino básico do concelho de Cascais: o papel da família e do contexto. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 24, n.º2 (Julho/Dezembro 2006), p. 41-54.
- PESTANA, Eduarda, coord. – **Tabagismo: do diagnóstico ao tratamento**. Lisboa: Lidel, 2006. ISBN 972-757-322-3.
- HOCKENBERRY, Marilyn J., ed. lit. ; WILSON, David, ed. lit. ; WINKELSTEIN, Marilyn L., ed. lit. - **Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª ed. Rio de Janeiro : Elsevier, cop. 2006. XXXI, 1303 p.. ISBN 85-352-1918-8.
- RAVARA, Sofia – **Portugal está a falhar no controlo e prevenção do tabagismo** [Em linha]. [2008]. [Consult. 29 Dez. 2009]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.sptabacologia.org/Portugal\\_tabagismo.pdf](http://www.sptabacologia.org/Portugal_tabagismo.pdf)>.

## Amamentação e estilo de vida em idade pré-escolar

Gomes, Marta<sup>1</sup>; Rocha, Bertina<sup>1</sup>; Aparício, Maria Graça<sup>2</sup>; Silva, Ernestina<sup>2</sup>; Cunha, Madalena<sup>2</sup>

### Introdução

As crianças em idade pré-escolar encontram-se num processo de desenvolvimento caracterizado pela aquisição de competências, como o desenho, o pensamento activo, regras éticas e formação de conceitos. O jardim-de-infância, a família, as suas descobertas e conquistas permitem a aquisição de normas de conduta e habilidades que estão na base do estabelecimento de relações sociais (NUNES & BREDA, sd).

Os estilos de vida são definidos como o “conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, DGS, 2004), Podem também definir-se como a forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais e comportamentos que estão na génese da saúde individual e colectiva (DGS 2003). De entre os vários determinantes da saúde individual, tem sido alvo de especial destaque os comportamentos relacionados com a alimentação e actividade física (IOTF, 2005).

Vários estudos descrevem os benefícios do aleitamento materno, pelo menos durante seis meses, com evidências na prevenção de infecções, na redução da pressão arterial e níveis de colesterol e na diminuição do risco de desenvolvimento de excesso de peso e obesidade (Balaban & Silva, 2004; Agostoni et al, 2009). No entanto poucos se debruçaram sobre o seu impacto no estilo de vida posterior da criança, nomeadamente na sua associação com uma alimentação mais saudável, associada ao desenvolvimento de mecanismos mais eficazes de regulação da ingestão energética.

Com o objectivo de definir ou clarificar estilo de vida saudável, em 2002 a OMS elaborou um relatório no qual salienta que a adopção de comportamentos de risco está intimamente ligada a problemas de saúde no imediato mas sobretudo a longo prazo. Neste relatório, risco é definido como uma probabilidade de um resultado adverso, ou um factor

---

<sup>1</sup> Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, CHC.

<sup>2</sup> CI&DETS – Docentes da Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV.

que aumenta essa probabilidade, referindo que a nível mundial existem principalmente dez factores que afectam a saúde do indivíduo, dos quais fazem parte a obesidade bem como doenças associadas a esta, como sejam a hipertensão arterial e colesterol elevado. O mesmo documento salienta ainda que um número pequeno de riscos causa um grande número de mortes prematuras.

Em Portugal a DGS (sd) elaborou o “Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida” o qual assentou numa abordagem dos factores de risco de doenças não transmissíveis, tais como o tabaco, álcool, alimentação, actividade física e o stress. Para a sua implementação utilizou vários processos dos quais se salienta o estabelecimento de um protocolo de colaboração com a OMS; o envolvimento e a participação intersectorial, aos diferentes níveis; a criação de uma estrutura central para implementação do Programa; a criação e formação de equipas de intervenção comunitária local, sediadas nos Centros de Saúde; a avaliação e monitorização da evolução do Estado de Saúde e dos Comportamentos de Saúde na população alvo, através da utilização de questionários de avaliação quinzenais.

A prevenção da obesidade em lactentes e crianças deve ser considerada uma prioridade e neste sentido é importante delinear estratégias preventivas que nos lactentes passam pela promoção do aleitamento materno exclusivo; evitar a adição de açúcares e amidos aos leites adaptados; promover a ingestão adequada de micro-nutrientes necessários para promover um crescimento óptimo (OMS, 2002).

Considerando a amamentação como o primeiro passo e um dos mais importantes para a alimentação da criança, a OMS em parceria com a UNICEF estabeleceram dez passos que consideram ser fundamentais no sucesso da amamentação e que devem ser respeitados pelos profissionais de saúde, sendo eles: possuir uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser transmitida a todos os profissionais de saúde; treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para a implementação desta norma; informar todas as grávidas atendidas pela equipa, da importância da amamentação; ajudar as mães a iniciar a amamentação o mais precoce possível, ou seja, na primeira meia hora após o parto; mostrar às mães como devem amamentar e como é possível manter a lactação, mesmo que, por algum motivo, tenham de ser separadas dos seus filhos; não dar, nos primeiros seis meses, nenhum outro alimento ou bebida para além do leite materno, a não ser que seja prescrito pelo médico; praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebés estejam juntos



24 horas; encorajar a amamentação em horário livre, ou seja, sempre que o bebé quiser; não dar tetinas ou chupetas artificiais a bebés alimentados ao peito até que esteja estabelecida a amamentação; encorajar a criação de grupos de apoio à amamentação.

Segundo BREDA E NUNES (sd), o acto de comer, para além de satisfazer necessidades biológicas e energéticas fundamentais ao bom funcionamento do organismo, é também fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura. No entanto, é necessário um equilíbrio na escolha dos alimentos de forma a suprir as necessidades diárias ao longo das diferentes fases da vida, mais do que comer muito é necessário saber comer.

A família continua a desempenhar um papel importante na educação alimentar das crianças e dos jovens, uma vez que os hábitos alimentares são aprendidos no seio familiar. Esses hábitos iniciam-se com o nascimento e desenvolvem-se ao longo da infância.

VALLE et al (sd) defendem que para a formação dos hábitos alimentares na infância contribuem factores fisiológicos e factores ambientais. Como factores fisiológicos consideram a experiência intra uterina, o paladar do recém-nascido, a amamentação, a neofobia e a regulação da ingestão de alimentos. Como factores ambientais consideram a alimentação dos pais, o comportamento do cuidador, as condições sócio económicas, a influência da televisão e a alimentação em grupo. Os mesmos autores referem ainda que a formação dos hábitos alimentares inicia-se aquando da gestação e intensifica-se durante a amamentação, a mãe deverá adoptar uma alimentação variada, uma vez que os diferentes alimentos interferem no odor do líquido amniótico e no sabor do leite materno, desta forma promove diferentes experiências de sabores no início da vida e assim facilita a aceitação dos alimentos mais tarde.

Uma forma acessível e fácil para se reconhecer a base de uma alimentação saudável reside na consulta da roda dos alimentos. Esta é uma representação gráfica em forma de círculo dividida em vários segmentos de vários tamanhos que representam os vários grupos alimentares com o objectivo de transmitir orientações para uma alimentação saudável e completa (PINA, 2002).

Segundo NUNES e BREDA (sd) durante o período pré-escolar (3 e os 6 anos), verifica-se um crescimento acentuado assim, a qualidade da alimentação é determinante, quer para a maturação orgânica quer para a saúde psíquica e social. Durante os primeiros anos de vida as necessidades energéticas para manter as funções vitais do organismo são superiores às da

idade adulta, devido, essencialmente à maior actividade física demonstrada na infância e às exigências do próprio organismo.

Este estudo teve como objectivo analisar a relação entre a amamentação e a alimentação das crianças em idade pré-escolar e o estilo de vida.

### **Material**

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário sócio-demográfico, de antecedentes clínicos e de frequência alimentar adaptado de RITO (2004). O estilo de vida da criança foi medido pelo somatório dos índices, *horas de sono, hábitos alimentares e de actividade física*

Tendo por base a fórmula (Média  $\pm$  0.25dp) preconizada por PESTANA & GAGEIRO (2004) foram efectuados grupos de corte que permitiram a seguinte classificação do Estilo de Vida:

Saudáveis ( $\bar{x} + 0,25 dp$ ) =  $\geq 168$

Razoavelmente saudáveis ( $\bar{x} + 0,25 dp$  e  $\bar{x} - 0,25 dp$ ) =  $\geq 161$  e  $\leq 167$

Não saudáveis ( $\bar{x} - 0,25 dp$ ) =  $\leq 160$

### **Método**

Estudo transversal, realizado com 215 crianças entre os 3-6 anos, residentes no centro do país.

A população deste estudo é constituída por todas as crianças nascidas nos anos de 2003, 2004 e 2005, com idade compreendida entre os 3-6 anos, (idade pré-escolar) e suas famílias, inscritos nos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar da região de Viseu e Dão.

A técnica de amostragem é não probabilística acidental, uma vez que não foram utilizados os mecanismos aleatórios na selecção dos elementos da amostra e não se conhece a probabilidade de cada elemento ser escolhido.

Para a amostra, utilizámos os seguintes critérios de inclusão: crianças do Distrito de Viseu que frequentam a Consulta de Vigilância de Saúde Infantil, nascidas no ano de 2003, 2004 e 2005, a viver com a família biológica (pai e/ou mãe) e que não apresentam doença crónica de base.

A amamentação é uma variável contínua que representa o período de tempo em que a criança foi alimentada com leite materno. Não foi feita distinção entre alimentação com leite

materno exclusivo e alimentação com leite materno associado a suplemento. Esta variável foi operacionalizada em meses e codificada considerando que quanto mais tempo de amamentação, maior o score, sendo que até aos 6 meses atribui-se valor 1, dos 7 aos 12 meses atribui-se valor 2 e mais de 12 meses o valor 3.

### Objectivo e questão de investigação

De acordo com a contextualização teórica o presente trabalho pretende dar resposta ao seguinte objectivo:

Descrever a influência do tempo de amamentação no estilo de vida da criança dos 3 aos 6 anos da região de Viseu e Dão.

O desenvolvimento do processo de investigação orientou-se no sentido de encontrar resposta para seguinte questão de investigação:

**Q:** Em que medida o tempo de amamentação influencia o estilo de vida das crianças dos 3 aos 6 anos da região de Viseu e do Dão?

### Resultados

O tempo médio de amamentação das crianças é de 7,1 meses, o mínimo 0 e o máximo 48 meses, sendo o  $Dp = 7,26$  meses, o coeficiente de variação é de 102,25% demonstrando uma dispersão elevada em função do valor médio. O teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* mostra uma amostra não normal. Os valores de simetria de *Skweness/erro* = 15,49, mostra uma curva assimétrica enviesada à esquerda e um *Kurtosis/erro* = 24,85, mostra uma distribuição leptocurtica (Cf Tabela 1).

**Tabela 1**– Estatísticas relativas ao tempo de amamentação

Variável	n	Mín	Máx	Média	DP	CV %	Sk/erro	K/erro	K/S
Tempo de Amamentação	227	0	48	7,1	7,260	102,25	15,49	24,85	0,000

Verifica-se que a maioria das crianças (65%), foram amamentadas até aos seis meses, 22,6 % até aos 12 meses e 12,4% mais de 12 meses. Pela análise da tabela nota-se que um maior numero de meninos são amamentados durante mais tempo que as meninas (Cf tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição da amostra relativas ao tempo de amamentação em meses por região e sexo

Tempo de amamentação	Região						Sexo					
	Viseu		Dão		Total		Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 6 meses	49	21,7	98	43,4	147	65,0	62	27,4	85	37,6	147	65,0
7 a 12 meses	15	6,6	36	15,9	51	22,6	30	13,3	21	9,3	51	22,6
> 12 meses	7	3,1	21	9,3	28	12,4	17	7,5	11	4,9	28	12,4
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>31,4</b>	<b>155</b>	<b>68,6</b>	<b>226</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>48,2</b>	<b>117</b>	<b>51,8</b>	<b>226</b>	<b>100</b>

A média dos estilos de vida, relativamente à amostra global, é de 163,85, com um mínimo de 123,30 e um máximo de 203. O desvio padrão é de 14,41 e o coeficiente de variação é de 8,79, o que revela uma dispersão fraca em relação ao valor médio. Os valores de simetria são um *Skweness/erro*= 1,005 e um *Kurtosis/erro* = - 0,173, que mostra uma curva simétrica e mesocúrtica. O teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* mostra uma distribuição normal.

**Tabela 3** - Estatísticas relativas ao estilo de vida global das crianças por região

	n	Mín	Máx	Media	DP	CV%	Sk/erro	K/erro
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>123,3</b>	<b>203</b>	<b>163,85</b>	<b>14,41</b>	<b>8,79</b>	<b>1,005</b>	<b>-0,173</b>

## DISCUSSÃO

Relativamente o local de actividade diária, verifica-se que a maioria das crianças (98,7%) frequenta o jardim-de-infância, sendo que a média de horas que as crianças da região de Viseu ficam fora de casa é de 8,36 horas e as crianças da região do Dão ficam em média 8,73 horas.

Verificou-se que, relativamente ao meio de transporte utilizado na deslocação para a escola, a maioria (81,2%) vai sempre de carro. De salientar que apenas 9,4% se deslocam sempre a pé e 3,4% das crianças se desloca de bicicleta.

Relativamente ao tempo passado a ver televisão ou a jogar computador, verifica-se que, no geral, as crianças passam mais tempo a ver televisão do que a jogar computador. Assim, de segunda a sexta-feira, as crianças passam, em média, 65 minutos diários a ver televisão. Ao fim de semana, as crianças passam, em média, 120 minutos diários a ver televisão. Relativamente ao tempo que as crianças passam a jogar computador, verifica-se que de segunda a sexta-feira, passam em média 9,5 minutos diários e ao fim de semana sobe para 26 minutos diários. Pela análise destes dados, verifica-se que o tempo que as crianças passam a ver televisão é muito grande, principalmente ao fim de semana em que se verifica uma média diária de 2 horas. O tempo passado a jogar computador não é tão preocupante, uma vez que a maioria das crianças inquiridas não tem ao seu dispor computador. Verifica-se que aquelas que responderam que jogam computador, também o fazem durante muito tempo, no entanto, como existem muitas que não têm computador, a média de utilização é muito mais baixa que a televisão.

Estes dados são de alguma forma preocupantes dado que a American Academy of Pediatrics (2001) recomenda que o tempo total dedicado pelas crianças aos meios de comunicação e outros entretenimentos electrónicos não deve exceder as duas horas por dia.

A prática desportiva é adoptada por 63,2% das crianças, sendo que a média de tempo é de 69,2 minutos por semana. A natação e a ginástica, respectivamente 33,8% e 32,4%, são os desportos mais usuais, essencialmente porque são aqueles que são praticados no jardim-de-infância.

Relativamente às actividades praticadas na rua, verifica-se que no total da amostra a actividade mais praticada   passear na rua (83,3%) seguida de andar de bicicleta com 78,2%.

A média de horas de sono, no global da amostra, é de 11,73 horas. Ao analisarmos por sexo, verificamos que não existem diferenças significativas, sendo que os rapazes dormem em média 11,35 horas e as raparigas 11,38 horas. Estes valores aproximam-se dos recomendados pelo NATIONAL SLEEP FOUNDATION (2004), que recomenda que entre os 3 e os 5 anos de idade a criança deve dormir cerca de 11 a 13 horas diárias. Normalmente a partir dos 5 anos deixa de dormir a sesta.

Relativamente à actividade física, o *score* vai de 0 a 19. Verifica-se, para o global da amostra, que a média de actividade física é de 10,57, sendo que na região de Viseu, a média é de 10,89 e no Dão 10,43, o que demonstra um *score* situado ligeiramente acima do valor médio, no entanto a actividade física ainda não é um hábito muito enraizado na amostra.

Quanto aos hábitos sedentários, o *score* atribuído pode variar entre 0 e 13, e quanto menor o valor, mais hábitos sedentários. A média de hábitos sedentários para o global da amostra é de 7,19, sendo que na região de Viseu é de 6,82 e na região do Dão é de 7,29, ou seja na região de Viseu existem mais hábitos sedentários que na região do Dão, provavelmente relacionado com o facto de Viseu ser uma região urbana e o Dão uma região mais rural, e por isso menos propícia a hábitos sedentários.

A alimentação saudável é outro dos itens avaliados. O Índice de consumo de alimentação saudável oscila entre 0 e 120 e quanto maior este, melhor a alimentação saudável. Para a amostra global a média de alimentação saudável é de 54,88, sendo que na região de Viseu é de 58,14 e na região do Dão 54,01. Verifica-se, quer pela média global, quer em cada uma das regiões que o índice de consumo de alimentação saudável é baixo, uma vez que, nem sequer atinge o valor médio do *score*.

Quanto à alimentação não saudável, o índice situa-se entre os 0 e 120 pontos e está cotado de forma invertida, logo quanto menor, mais acentuada é a alimentação não saudável. Para a amostra global, a média é de 79,92, enquanto que para a região de Viseu é de 80,29 e no Dão 79,83.

Do somatório dos índices parcelares das sub-escalas resulta o valor global dos estilos de vida que apresenta um valor mínimo de 1 e um máximo de 276. De acordo com a tendência de resposta quanto maior for este índice, melhor o estilo de vida. Para a amostra global, a média dos estilos de vida é de 163,85, enquanto que para a região de Viseu é de 166,96 e no Dão 163,03. De acordo com a operacionalização desta variável verifica-se que a média dos estilos de vida, quer na amostra global como em cada uma das regiões se situa no razoavelmente saudáveis, uma vez que os valores se situam entre 161 e 167, verificando-se, no entanto que a região de Viseu tem estilos de vida ligeiramente mais saudáveis que a região do Dão.

De modo a analisar em que medida o tempo de amamentação influencia o estilo de vida da criança utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Pela análise da tabela pode verificar-se que embora as diferenças não sejam significativas, denota-se uma tendência para que as crianças amamentadas até aos 6 meses possuam um índice de alimentação saudável mais elevado. As crianças que foram amamentadas mais de 13 meses possuem índices melhores para as horas de sono, actividade física, hábitos sedentários, alimentação não saudável e estilo de vida global, no entanto não existem diferenças estatísticas significativas entre os

grupos, pelo que se conclui que o tempo de amamentação não influencia o estilo de vida global da criança nem nenhum dos seus itens ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 4:** Teste *Kruskal-Wallis* entre o estilo de vida e o tempo de amamentação

	Até 6 meses	7-12 meses	> 13 meses	n
<b>Total de horas de sono</b>	108,70	113,39	118,84	0,708
<b>Actividade física</b>	108,03	103,40	119,09	0,571
<b>Actividade sedentária</b>	108,95	106,80	128,96	0,260
<b>Alimentação saudável</b>	112,14	91,85	93,56	0,085
<b>Alimentação não saudável</b>	101,90	100,85	112,04	0,693
<b>Estilo de vida global</b>	99,93	85,08	101,00	0,315

## CONCLUSÕES

A maioria das crianças (65%) foi amamentada até aos seis meses de idade.

Quanto à caracterização dos estilos de vida, conclui-se que:

*Em relação à actividade física*

- 98,7% das crianças frequentam o jardim de infância, ficando em média, 8,61 horas fora de casa, deslocando-se maioritariamente (81,2%) de carro;

- A média de tempo passado a ver televisão de segunda a sexta-feira é de 65 minutos e ao fim de semana aumenta para 120 minutos, enquanto que o tempo a jogar computador é em média, de segunda a sexta-feira de 9,5 minutos e ao fim de semana aumenta para 26 minutos;

- A maioria das crianças (63,2%) pratica desporto, sendo que o tempo médio de prática desportiva é de 69,2 minutos semanais, sendo os desportos mais praticados a natação e ginástica;

Face a estes resultados e em média, a actividade física é razoável, dado que pontua com 10,57 numa escala de 0 a 19;

*Os hábitos de sono* podem considerar-se bons dado que as crianças dormem, em média, 11,37 horas por dia;

*Os hábitos sedentários* em média, são razoavelmente expressivos dado que apresentam um valor de 7,19 numa escala de 0 a 13.

Em média, os hábitos de alimentação saudável podem considerar-se baixos, dado que as crianças apresentam um índice de consumo de alimentos saudáveis abaixo do valor médio, 54,88 numa escala de 0 a 120, mas pouco acentuado no consumo de alimentos não saudáveis, com um índice de 79,92 numa escala de 0 a 120.

Face ao resultado do somatório dos índices parcelares das sub-escalas, que revelou um índice de 163,85, podemos considerar que o estilo de vida da criança é em média razoavelmente saudável.

### Referências bibliográficas

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - Pediatrics: Children, Adolescents, and Television. Committee on Public Education. [em linha] (2001) Disponível em: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;107/2/423.pdf>
- APARÍCIO COSTA, Graça – Obesidade Infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências. Projecto de doutoramento em ciências da saúde. Universidade de Aveiro. (2009)
- BALABAN, Geni; SILVA, Giselia A. P. - Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. ISSN0021-7557. vol.80, no.1 (Jan./Feb.2004).
- BREDA, João; NUNES, Emília – Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância. **Direcção Geral de Saúde**. Lisboa. ISBN 972-9425-94-9. (sd).
- CRISPIM, Cibele Aparecida [et al.] - Relação entre Sono e Obesidade: uma Revisão da Literatura. Arq Bras Endocrinol Metab. 51/7 (2007).
- DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE - **Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida**. Princípios – chave de prevenção e controle da obesidade. (Sd).
- INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE- EU Platform on Diet, Physical Activity and health. [Em linha] (2005) Disponível em <http://www.ionf.org>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, DGS– **Plano Nacional da Saúde 2004-2010: saúde mental e doenças psiquiátricas**. [Em linha] (2004) Disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_227.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html)>.
- NATIONAL SLEEP FOUNDATION (2004). **Sleep in América Poll**. [Em linha]. (2004) Disponível em: [http://www.sleepfoundation.org/site/c.hu1XKjM0Ix/b.2419295/k.5AAB/Childrens\\_Sleep\\_Habits.htm](http://www.sleepfoundation.org/site/c.hu1XKjM0Ix/b.2419295/k.5AAB/Childrens_Sleep_Habits.htm)
- OMS - **Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. THE WORLD HEALTH REPORT. Geneva (2002).



PESTANA, Maria Helena ; GAGEIRO, João Nunes - Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS. 4ª ed. Rev. e aumentada. Lisboa. ISBN 972-618-391-X. (2004).

PINA, Cátia - **A nova roda dos alimentos**. Confagri (2002).

RITO, Ana - **Estado nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra, Portugal**. Tese de doutoramento. Rio de Janeiro (2004).

VALLE, Janaína Mello Nasser - **A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos**. [Em linha](sd) Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v010n1/Hinfancia.pdf>.



## Factores de risco familiar para a obesidade infantil: da genética ao ambiente

Aparício, Graça<sup>1</sup>; Cunha, Madalena<sup>1</sup>; Duarte, João<sup>1</sup>; Pereira, Anabela<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** Obesidade infantil, risco familiar, factores genéticos e ambientais

### 1 - Introdução

É hoje consensual que a saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados, a influência do ambiente sócio-familiar, biofísico e ecológico tem um papel determinante no estado de saúde das populações em geral e particularmente na saúde das crianças, (DGS, 2005). A avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil é um importante indicador do seu bem-estar dado que os factores nele implicados são múltiplos, desde a influência genética, ambiental, nomeadamente a alimentação, para além de outros de ordem psicológica e social (DGS, 2006).

As doenças crónicas não transmissíveis constituem hoje a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. Estas têm como etiologia comum um conjunto de factores, fundamentalmente relacionados com os estilos de vida, expressos pelas opções individuais da pessoa na gestão do seu capital de saúde ao longo da vida, (DGS, 2003).

Neste contexto, a epidemia da obesidade representa um importante problema de saúde, dado o seu impacto na diminuição da qualidade de vida, associando ainda dificuldades relacionadas ao seu tratamento e elevados custos, constituindo desta forma um dos mais graves desafios para a saúde pública na Região Europeia da OMS. A sua prevalência aumentou para o triplo nos últimos vinte anos, sendo que metade da população adulta e uma criança em cada cinco, na Europa, sofrem de peso excessivo, (OMS, 2006).

Segundo a Comissão Europeia, Portugal está entre os Países Europeus com maior número de crianças com excesso de peso e obesidade, o que obriga a uma intervenção urgente, tanto a nível da identificação dos determinantes, como a nível da sua prevenção (OMS, 2006).

---

<sup>1</sup> CI&DETS - Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV.

<sup>2</sup> Universidade de Aveiro.

Rito, (2006), no seu estudo sobre o *estado nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra*, numa amostra de 2400 crianças em idade pré-escolar, verificou para o global da amostra, que 23,6% das crianças tinham peso excessivo, (16,9% excesso de peso e 6,7% obesidade), sendo que nas meninas e nas mais velhas esse valor atingia os 39,4% (Do Carmo et al, 2008).

Por seu lado Duarte (2008), num estudo efectuado entre 2006-2007 na região da Beira Interior, numa amostra de 1111 crianças em idade pré-escolar, verificou no global da amostra uma percentagem de 27,7% de peso excessivo (15,7 excesso de peso e 12% obesidade), mas encontrou igualmente variações crescentes em amostras mais pequenas dos concelhos de Penamacor, onde 35,9% de crianças tinham peso excessivo e em Vila Velha de Ródão onde esse valor atingiu 38,1%. Neste estudo a percentagem de crianças com peso considerado normal era de 68,7% e de magreza de 3,5%. Em ambos os estudos, para a avaliação do estado nutricional, foram utilizadas as classificações de Cole (2000).

Estes resultados evidenciam a dimensão precoce deste problema e a sua tendência a agravar-se com a idade.

Por seu lado em adultos, Do Carmo, et al (2008), num estudo nacional, realizado entre 2003 e 2005 numa amostra com 8116 indivíduos, encontrou 34,4% de mulheres com pré-obesidade e 13,4% com obesidade, e valores de 45,2% e 15% em homens. Estes achados revelaram, comparativamente aos do estudo efectuado entre 1995-1998, que a prevalência de pré-obesidade/obesidade aumentou de 49,6% para 53,6% na última década, considerando conjuntamente homens e mulheres, (Do Carmo, 2008).

A obesidade pode iniciar-se em qualquer idade e na infância estão documentados factores como o desmame precoce, a introdução inadequada de alimentos, distúrbios do comportamento alimentar e da relação familiar, especialmente nos períodos de aceleração do crescimento, (Fisberg, 1995). Whitaker et al. (1997) e Price (1987) relataram nos seus estudos a necessidade da identificação precoce do excesso de peso em crianças, para diminuir o risco de se tornarem adultos obesos.

Em suma, as evidências revelam que o incremento da obesidade em idades pediátricas, nomeadamente nas idades em que o IMC deveria baixar ou manter-se estável, ou seja, entre o segundo e quinto ano de vida, é predictor de obesidade mais persistente e de maior gravidade do que um aumento verificado em idades de aumento fisiológico, (Santos, 2001). Neste contexto e a longo prazo, a obesidade infantil tem sido associada a

perturbações cada vez com maior tradução clínica ainda durante a idade pediátrica e independentemente da sua persistência na idade adulta, têm sido descritas complicações tais como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *melitus* tipo II e doença cardiovascular (Padez, 2004).

Actualmente é reconhecido que a obesidade é de etiologia multi-factorial, contribuindo uma complexidade de factores, entre susceptibilidade genética, que ajuda a explicar as diferenças inter-individuais e factores ambientais e comportamentais.

Whitaker et al. (1997) e Price (1987) referem dois factores que podem contribuir para dobrar o risco da obesidade em adultos jovens: obesidade num dos pais ou a sua presença na infância, considerando o contributo de ambos os factores não de forma isolada, mas em interacção.

O carácter familiar da obesidade é hoje considerado um dos indicadores de risco mais importante na obesidade da criança, dado ser reconhecido que a presença de obesidade nos pais, soma a influência genética ao factor ambiental (Rennie et al., 2005). Uma criança com pais obesos tem 80% de probabilidade de apresentar o mesmo perfil, caindo esse risco para metade se só um dos pais sofrer do problema. Na ausência de obesidade nos pais, o risco na criança diminui para 7%, (Sigulem et al, 2001; Rennie et al., 2005; Manios, et al. 2007). Um estudo realizado com crianças dinamarquesas adoptadas, mostrou a existência de uma correlação positiva entre o peso dessas crianças e o peso dos pais biológicos, cuja correlação não se verifica com os pais adoptivos (Sorensen et al, 1992). No seu estudo, Whitaker et al, (1997), verificou ainda que o risco de obesidade infantil associado à obesidade materna é superior ao risco associado à obesidade paterna, independentemente do sexo da criança.

Contudo, a grande questão tem sido tentar perceber qual o factor que mais contribui para o desenvolvimento de obesidade na criança: se a herança genética ou o factor ambiental, relacionado com os estilos de vida familiares - partilha familiar de ingestão de alimentos e hábitos de actividade física, (Wardle, et al, 2008). No entanto, há evidências de que os factores genéticos são capazes de modular a resposta do organismo às variações dos factores ambientais, como a dieta e actividade física, (Balaban & Silva, 2004).

As famílias têm um grande impacto na saúde das crianças, dado que constituem o seu primeiro ambiente de aprendizagem. Os pais constituem modelos e influenciam de diferentes formas o comportamento alimentar e de actividade física das crianças.

A escassez de tempo, associada à vida urbana, condiciona as escolhas alimentares dos pais e, inevitavelmente, a das crianças. Estas escolhas são essencialmente direccionadas para alimentos hipercalóricos, com grande densidade energética, de fácil preparação e de consumo rápido, fornecendo sobretudo um elevado suprimento em proteínas e gorduras, que origina um desequilíbrio entre as necessidades (quantidade/ qualidade) e o gasto necessário, o que origina um incremento da massa gorda corporal total (Rego et al., 2004).

Face a esta realidade, a avaliação e análise dos padrões alimentares na idade pediátrica e a influência do ambiente (intra e extra familiar), enquanto causas associadas à obesidade, tem que ser efectuada, para que se possa contribuir, no futuro, para a adopção de medidas mais seguras, eficazes e individualizadas ao seu controlo.

Neste estudo propusemo-nos analisar a relação entre o estado nutricional das crianças e o estado nutricional dos pais.

## **2 - Método**

Estudo descritivo, transversal, de análise quantitativa, realizado com 234 crianças entre os 3-6 anos e 234 casais, residentes no centro do país.

Para a selecção da amostra das crianças foram considerados alguns critérios de inclusão, tais como viver com a família biológica (pai e/ou mãe) e não apresentar doença crónica de base.

## **3 - Material**

Na recolha de dados foi utilizado um questionário sócio-demográfico e efectuada avaliação antropométrica da criança, com registo do peso, estatura e percentil de IMC para a idade e sexo. A classificação do estado nutricional foi feita segundo o referencial NCHS, (CDC, 2000): baixo-peso <5; peso normal >5 <85; pré-obesidade  $\geq 85 < 95$ ; obesidade  $\geq 95$ .

Foi feita igualmente a avaliação antropométrica dos pais, incluindo peso, estatura e perímetro da cintura, sendo a classificação do estado nutricional obtida através do valor de IMC, segundo os pontos de corte definidos por WHO (2000): baixo peso < 18,5; peso normal 18,5-24,9; pré-obesidade 25-29,9; obesidade I 30-34,9; obesidade II 35-39,9; obesidade III  $\geq 40$ . Relativamente aos valores de referência para o perímetro da cintura, foram considerados de risco aumentado  $\geq 80$  cm para as mulheres e  $\geq 94$  cm para os homens e de risco muito aumentado os  $\geq 88$  para as mulheres e  $\geq 102$  para os homens.

No tratamento estatístico foi utilizado como suporte informático o programa SPSS – Statistical Package for Social Sciences (Version 17.0 for Windows, recorrendo-se a diversos testes estatísticos e considerando como nível de significância,  $p < 0.05$  (D'Hainaut 1997).

### **3.1. - Procedimento**

A avaliação antropométrica das crianças foi realizada entre os meses de Dezembro 2008 e Fevereiro de 2009, nas consultas de Vigilância de Saúde Infantil e em instituições de ensino pré-escolar da rede privada solidária, no âmbito da Saúde Escolar. Para o efeito foi utilizada uma balança, disponibilizada pelos Centros de Saúde, em aço, de coluna mecânica SECA - 711, com leitura a nível dos olhos, capacidade até 150Kg, precisão de 100gr e com coluna mecânica com uma capacidade de 200cm e precisão de 0,1cm.

Apesar de, na medição de peso ser desejável que os sujeitos se apresentem desprovidos de vestuário, devido ao frio que se fazia sentir nos meses da pesquisa, a criança foi pesada com pouca roupa (blusa, “bibe”, com calças ou saias, sem sapatos). O peso obtido foi repetido sempre que se considerou necessário.

Para avaliação antropométrica dos progenitores foi utilizada a mesma balança, sendo recomendado que retirassem os casacos e o calçado. O perímetro da cintura foi obtido com fita métrica não extensível, estando os participantes em posição erecta e relaxada, braços ao longo do corpo e o valor obtido no ponto médio entre o rebordo inferior da grelha costal e a crista ilíaca.

Os procedimentos de avaliação antropométrica tiveram por base o recomendado pela Plataforma contra a Obesidade (2009), sendo o questionário preenchido pelos pais que aceitaram participar.

## **4 - Resultados**

Da amostra, 51,3% das crianças eram do sexo feminino, 43,2% tinham idade  $\geq 5$  anos, 31,6% 4 anos e 25,2% 3 anos.

Relativamente aos pais, verificou-se que 52,1% das mães tinha idade compreendida entre os 34-48 anos, enquanto 47,9% se situavam entre os 20-33 anos. Já o pai, 54,3% encontrava-se na faixa etária dos 23-35 anos e 45,7% dos 36-54 anos.

Pela análise dos resultados, verificou-se que o estado nutricional era normal em 64,1%, das crianças, (percentil entre 5-85), contudo 34,6% apresentavam peso excessivo: 16,7% excesso de peso e 17,9% obesidade, revelando 1,3% baixo-peso. Os meninos apresentavam

estado nutricional mais adequado que as meninas, (34,2% versus 35%), sem diferença estatística significativa ( $t= 1.376$ ;  $p=.170$ ), (c.f. tabela 1).

**Tabela 1 – Classificação do estado nutricional das crianças, em função do percentil de IMC e sexo**

<i>Estado Nutricional</i>	<i>Sexo</i>		<i>MASCULINO</i>		<i>FEMININO</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
MAGREZA	1	0.9	2	1.7	3	1.3		
NORMAL	74	64.9	76	63.3	150	64.1		
PRÉ-OBESIDADE	17	14.9	22	18.3	39	16.7		
OBESIDADE	22	19.3	20	16.7	42	17.9		
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>		

Analisando o **estado nutricional em função da idade**, verificou-se que 70,3% das crianças de 4 anos apresentavam percentil de IMC normal, baixando para 58,4% nas de 5 e 6 anos. O excesso de peso surgiu em maior número de crianças de 3 anos, 25,4%, enquanto 24,8% das crianças mais velhas apresentavam obesidade (c.f. tabela 2).

**Tabela 2 – Classificação do estado nutricional das crianças, em função do percentil de IMC e idade**

<i>Estado. Nutricional</i>	<i>3 ANOS</i>		<i>4 ANOS</i>		<i>5 ANOS</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
MAGREZA	-	0.0	1	1.4	2	2.0	3	1.3
NORMAL	39	66.1	52	70.3	59	58.4	150	64.1
PRÉ-OBESIDADE	15	25.4	9	12.2	15	14.9	39	16.7
OBESIDADE	5	8.5	12	16.2	25	24.8	42	17.9
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>	<b>74</b>	<b>100.0</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>

Relativamente aos pais, verificou-se que 62,7%, das mães apresentavam um estado nutricional considerado normal, 28,6% pré-obesidade e 5,7% obesidade classe I (total obesidade 6,2%); Os pais, 36% apresentavam IMC normal, 48,9% pré-obesidade e 13,3% obesidade classe I (total obesidade 15%), (c.f. tabela 3).



**Tabela 3 – Classificação do estado nutricional dos pais, em função do IMC**

<i>Estado Nutricional</i> \ <i>Pais</i>	<i>MÃE</i>		<i>PAI</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
BAIXO PESO	6	2.7	-	0.0
VARIAÇÃO NORMAL	138	62.7	81	36.0
PRÉ-OBESIDADE	63	28.6	110	48.9
OBESIDADE – CLASSE I	12	5.7	30	13.3
OBESIDADE – CLASSE II	1	0.5	3	1.3
OBESIDADE – CLASSE III	-	0.0	1	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>	<b>100.0</b>	<b>225</b>	<b>100.0</b>

Relativamente ao risco de complicações metabólicas, nomeadamente risco cardiovascular, associado ao perímetro abdominal, 46.6% das mães não revelou esse factor de risco, no entanto 31,6% e 21,8% revelou risco aumentado e muito aumentado respectivamente. Por seu lado 54,3% dos pais não apresentou risco acrescido, contudo 32,5% e 13,2% apresentaram respectivamente risco aumentado e muito aumentado, (c.f. tabela 4).

**Tabela 4 – Distribuição dos pais segundo o risco de complicações metabólicas associado ao perímetro abdominal**

<i>Complicações Metabólicas</i> \ <i>Região</i>	<i>MÃE</i>		<i>PAI</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
SEM RISCO	109	46.6	127	54.3
AUMENTADO	74	31.6	76	32.5
MUITO AUMENTADO	51	21.8	31	13.2
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>	<b>234</b>	<b>100.0</b>

A Correlação de Pearson permitiu inferir que o IMC da mãe se relaciona significativamente com o IMC da criança, constatando-se que quanto maior o IMC da mãe, maior o IMC da criança, ( $r=.184$ ;  $p=.005$ ), explicando 3,38% da sua variabilidade. Relativamente aos valores de IMC do pai, os resultados não revelaram relação estatística significativa ( $r=.111$ ;  $p=.093$ ).

## 5 - Discussão

Confrontando os resultados do estudo com os referidos na literatura científica, convém destacar que a utilização de instrumentos de medição diferentes, nomeadamente na avaliação do estado nutricional das crianças, conjugados com amplitudes amostrais diversas, impõem limitações no âmbito das inferências produzidas. No entanto e apesar do tamanho da amostra deste estudo, muitos dos resultados são comparáveis aos divulgados em diversa literatura nacional.

A maioria das crianças apresentava um estado nutricional adequado, (entre o percentil 5-85), tal como a maioria dos trabalhos recentes realizados no nosso país, no mesmo grupo etário, apesar dos diferentes referenciais de classificação utilizados, (Rito, 2006; Moreira, 2007; Duarte, 2008).

A percentagem de crianças com peso excessivo, 34,6%, é no global superior ao divulgado na literatura para este grupo etário, no entanto considerando o tamanho da amostra e a variação crescente por idade ( $\geq 5$  anos 39,7%) e sexo (feminino 35%), os resultados são semelhantes aos de Rito, (2006), dado que nas meninas e nas mais velhas esse valor atingia os 39,4%. Por seu lado Duarte (2008) verificou para o global da amostra uma percentagem de 27,7% de peso excessivo (15,7% excesso de peso e 12% obesidade), mas variações crescentes em amostras mais pequenas dos concelhos de Penamacor, onde 35,9% de crianças tinham peso excessivo e em Vila Velha de Ródão onde esse valor atingia 38,1%.

Relativamente aos pais, os resultados revelaram que cerca de metade da amostra dos homens apresentava pré-obesidade e 15% obesidade. Estes valores são semelhantes aos encontrados no maior estudo nacional, realizado em Portugal, entre 2003 e 2005, por Do Carmo e colaboradores (2008), onde 45,2% e 15% dos homens apresentavam respectivamente essa situação. Já as mães revelaram dados relativamente mais baixos, comparativamente aos 34,4% e 13,4% de mulheres com pré-obesidade e obesidade, do referido estudo. Da mesma forma e tal como no estudo nacional, menos de metade da amostra global, 49,2%, apresenta peso normal e apenas uma pequena percentagem das mães apresenta baixo-peso.

Relativamente ao risco cardiovascular associado ao perímetro da cintura, os resultados revelaram valores de risco aumentado, mais elevados para os homens, contudo inferiores aos 52,1% divulgados pelo estudo nacional. Já o risco cardiovascular muito aumentado é

mais significativo no nosso estudo para as mulheres, sendo semelhante no estudo de Do Carmo e colaboradores para ambos os géneros.

No nosso estudo, a associação positiva e significativa entre o IMC da mãe e o IMC da criança e a sua independência face à obesidade paterna, é comparável aos relatados na literatura internacional, nomeadamente o estudo de Whitaker et al, (1997), onde se verificou que o risco de obesidade infantil é superior se associado à obesidade da mãe e não à do pai, independentemente do sexo da criança.

## **6 - Conclusões**

Os resultados encontrados no presente estudo são mais um contributo que permite inferir do carácter familiar da obesidade, dado que sugerem, tal como noutros, a associação entre a obesidade familiar, nomeadamente materna e a obesidade dos filhos. Esta associação é considerada como um dos indicadores de risco mais importante da obesidade na criança, dado que associa a obesidade dos pais e/ou a sua presença na infância, contribuindo ambos os factores, não de forma isolada, mas em interacção.

Atendendo às co-morbilidades associadas às doenças crónicas não transmissíveis, não apenas na idade adulta, mas já documentadas em idades pediátricas, relacionadas com a alimentação e estilo de vida não saudável, reforça-se a necessidade de intervenção no contexto da promoção da saúde em geral e particularmente da saúde da família.

As famílias têm características, dinâmicas e formas de organização diferentes, assim como necessidades, capacidades e expectativas. Como tal, o impacto e os resultados das intervenções, vai depender do processo de envolvimento da família para actuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo a sua capacidade para participar e controlar esse processo. A equipa de saúde deve, numa visão global dos comportamentos de saúde da família, ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e colaborar com a família, através de incentivo, protecção e apoio.

Nesta perspectiva, as estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente alimentares e de actividade física, devem ter uma visão de saúde da família, adequada à cultura e crenças parentais, promovendo um trabalho efectivo de parceria alargado à comunidade e às estruturas onde a criança se move, nomeadamente creches e jardins-de-infância.

## Referências bibliográficas

- Balaban, G.; Silva, G.A.P. (2004). Efeito protector do aleitamento materno contra a obesidade infantil. *Jornal de Pediatria*, 80(1): 7-16.
- Centers for Diseases Control and Prevention (CDC), (2000). National Center for Health and Statistics. Clinical Growth Charts. Acedido a 4 de Junho de 2008, em: [http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical\\_charts.htm](http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical_charts.htm)
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C. , Flegal, K. M., Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 7244 1-6.
- D'Hainaut, L. (1997). Conceitos e Métodos da Estatística I. Fundação Calouste Gulbenkian. 2.a edição, Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde, (2003). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. Ministério da Saúde
- Direcção-Geral da Saúde, (2005). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação / Direcção-Geral da Saúde*. 2.a edição, Lisboa: 48 p. (Orientações Técnicas; 12).
- Direcção-Geral da Saúde, (2006). Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil; *Actualização das curvas de crescimento* Nº: 05/DSMIA, 21/02/06.
- Do Carmo I.; Santos, O.; Camolas, J.; Vieira, J, (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Duarte, E. (2008). Estilos de vida familiar e peso excessivo na criança em idade pré-escolar na região da Beira Interior. In Do Carmo, Isabel [et al] *Obesidade em Portugal e no Mundo*: Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008: p. 139-159.
- Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência. In: Fisberg M. editor. *Obesidade na infância e adolescência*. São Paulo (SP): Fundo Editorial BYK; 1995. p. 9-13.
- Manios Y. et al (2007). Prevalence of obesity in preschool Greek children, in relation to parental characteristics and region of residence. *BioMed Central Public Health*, Vol 7, p 178.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, L., Moreira, P., Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. [versão electrónica]. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.
- Plataforma Contra a Obesidade (2009). Medindo e pesando a sua criança. Acedido a 20 de Setembro, 2009, em: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=181&exmenuid=171&SelMenuId=181>

- Rego, C.; Silva, D.; Guerra, A.; Fontoura, M.; Mota, J.; Mais, J.; Fonseca, H.; Matos, M. (2004). *Obesidade Pediátrica: a doença que ainda não teve direito a ser reconhecida*. In 1º Simpósio Português sobre a Obesidade Pediátrica. Grupo de Estudo da Obesidade Pediátrica (GEOP) da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO), p.1-5.
- Rennie, K.L, Johnson L., Jebb, S.A. (2005). Behavioural determinants of obesity [versão electrónica]. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 343–358.
- Price R.A. (1987). Genetics of human obesity. *Annals of Behavioral Medicine*; 9:9-14.
- Organização Mundial de Saúde (2006). Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade. Conferência Ministerial da OMS, sobre a luta contra a obesidade. Istambul, Turquia, 15-17 de Novembro.
- Rito, A. (2006). Estado nutricional de crianças e oferta alimentar no pré-escolar do município de Coimbra. In Do Carmo, Isabel [et al] *Obesidade em Portugal e no Mundo*: Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008. p. 113-138.
- Santos, I. (2001). Estratégias de preditibilidade no ambulatório na obesidade. In *Pediatria Preditiva*. Clínica Universitária de Pediatria. Lisboa: ACSM Editora.
- Sigulem, D.M., Taddei, J.A.C., Escrivão, M.A.S., Devincenzi, M.U. (2001). Obesidade na Infância e na Adolescência. *Compacta Nutrição*. Vol. 2(1): 1-18. Acedido a 20 Maio, 2008, em: [http://www.pnut.epm.br/Download\\_Files/EPM%20Nutricao%20Obesidade.pdf](http://www.pnut.epm.br/Download_Files/EPM%20Nutricao%20Obesidade.pdf)
- Sorensen, T.I.; Holst, C.; Stunkard, A.J. (1992). Childhood body mass index-genetic and familial environmental influences assessed in a longitudinal adoption study. *International Journal of Obesity*, 16: 705-14.
- Wardle, J., Carnell, S., Haworth, C. M. A., Plomin, R. (2008). Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(2), 398-404.
- Whitaker, R.C.; Wright, J.A.; Pepe, M.S.; Seidel, K.D.; Dietz, W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*, 337(13):869-73.
- World Health Organization (WHO) (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. *Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva. World Health Organization. 2000



## Hábitos sexuais dos adolescentes

Júnior, L.<sup>1</sup>, Patrício, H.<sup>2</sup>, Guterres, C.<sup>3</sup>, Almeida, M.<sup>1</sup>, & Carvalho, C.<sup>4</sup>

**Resumo** — O termo adolescência significa crescer e desenvolver-se, num processo em que ocorrem variadíssimas alterações, tendo a sexualidade um papel fulcral. Porém, quer os adolescentes quer os educadores, sentem-se inseguros em a abordar, procurando-se, ainda, o equilíbrio entre o paradigma da repressão e da permissividade.

Este estudo tem por objectivos determinar os hábitos sexuais dos adolescentes, no que concerne às atitudes e vivências sexuais, relacionando-as com o suporte social.

É um estudo não experimental, quantitativo e descritivo-correlacional, com 750 adolescentes de três Escolas Secundárias do Distrito de Viseu, Portugal.

A prevalência de relações sexuais nos adolescentes é 25,1%, com grau de satisfação positivo. Destes, 89,4% utilizaram método contraceptivo na primeira relação sexual e 75,4% utilizam sempre. 35,1% das raparigas já utilizaram a pílula do dia seguinte.

A idade, sexo, escolaridade do próprio e dos pais, zona de residência e suporte social afectam os Hábitos Sexuais dos adolescentes

**Palavras Chave** — Atitudes Sexuais; Vivências Sexuais; Suporte Social

### 1 – Introdução

A sexualidade acompanha-nos desde a infância e sofre modificações ao longo de toda a nossa vida. Durante a adolescência a sexualidade modifica-se, apresentando características que são únicas e diferentes de todas as outras fases da vida. Na adolescência surge o primeiro amor, intensifica-se o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro e multiplicam-se novas experiências vividas com extrema intensidade. Apesar de estar relacionada com factores muito positivos para o desenvolvimento psicológico do adolescente, a sexualidade na adolescência não está livre de perigos (Pereira, 2007).

---

<sup>1</sup> Hospital Egas Moniz, CHLO.

<sup>2</sup> Hospital São Teotónio de Viseu.

<sup>3</sup> Unidade de Saúde Familiar Viriato.

<sup>4</sup> Hospital São Teotónio de Viseu.

A sexualidade do adolescente pode ser encarada com base numa perspectiva desenvolvimentista, porém, é óbvio que a prescrição cultural desempenha um papel extremamente importante no modo como ela é expressa. Até este momento, a educação sexual ainda não foi alvo de uma análise real. Este tipo de questões geram tantos conflitos que os pais e as escolas fecham os olhos e viram as costas, ou proporcionam às crianças e adolescentes informações breves e totalmente desadequadas (Sprinthall, N. & Collins, W., 2003).

Os adultos, de uma maneira geral, temem que a informação sexual possa encorajar a actividade sexual e pensam que o facto de não abordarem estas questões conduza à extinção do problema, promovendo assim o total desconhecimento desse assunto.

A eleição deste tema surgiu, assim, do interesse e da vontade de traduzir em números a realidade dos Hábitos Sexuais dos adolescentes do distrito de Viseu, com o intuito de dar alguns passos no caminho que conduz ao esclarecimento desta situação e numa maior abertura da sociedade face a esta temática.

Desta foram, os objectivos a que nos propomos no presente estudo são: determinar os Hábitos Sexuais dos adolescentes distrito de Viseu; relacionar o Suporte Social dos adolescentes com os Hábitos Sexuais; inquirir as Vivências Sexuais dos adolescentes e Determinar as Atitudes Sexuais dos adolescentes.

## **2 – Enquadramento Teórico**

O interesse e a alusão ao comportamento e à faixa etária que hoje denominamos por adolescência já existe desde a Antiguidade Clássica porém, foi a partir do séc. XIX que a adolescência suscitou uma reflexão de carácter psicossocial permitindo uma abordagem pluridimensional da mesma (Reis, 1997) (Medeiros, 2000).

Há consenso quanto ao início da adolescência com o aparecimento da puberdade e considera-se o seu término quando o jovem recebe todas as prerrogativas do adulto, (Reis, 1997).

Na puberdade ocorre um conjunto de modificações neuro-endócrinas que se traduzem em manifestações morfológicas funcionais e de comportamento com significado psicológico e social importante (Gaspar, 1999).

Há uma integração crescente de comportamentos de natureza sexual em relações sociais de carácter não sexual, uma identificação com indivíduos do sexo oposto e uma frequência crescente de actividade sexual. Há a concretização das fantasias de conteúdo



sexual e a consolidação das diferenças entre os sexos no que se refere aos papéis e à actividade sexual (Sprinthall & Collins, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade é “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade que se integra no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados (...) influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções, e por isso, influencia também a nossa vida física e mental” (Gomes, 2005) englobando as emoções, os comportamentos e as atitudes, (Sprinthall & Collins, 2003).

O adolescente organiza a sua sexualidade em função de valores tendo em conta as experiências que ele tem em contacto com os pais ou com o grupo de jovens (Sampaio, 2002). É influenciado por colegas do mesmo sexo e de modo crescente pelos do sexo oposto e meios de comunicação social. A interferência da família é cada vez menor (Sprinthall & Collins, 2003), o que não é de estranhar visto que é através dos amigos que o processo de socialização se efectua, (Nodin, 2001).

Os adolescentes mais jovens são mais vulneráveis à prática de sexo coerciva e sem consentimento acabando por ter relações de curta duração com parceiros sucessivos (Fellice, 1999) o que está associado à incidência de gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis com destaque para a SIDA, (Lemos, 2001).

Dada a vulnerabilidade dos jovens nesta fase, o suporte social desempenha um papel essencial, entendendo-se como a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos dão valor e gostam de nós (Albuquerque, 2004).

### **3 – Método**

Trata-se de um estudo não experimental, quantitativo e descritivo-correlacional.

Face aos objectivos anteriormente descritos equacionaram-se as seguintes hipóteses:

- *Hipótese 1 – Há relação entre as variáveis sócio-demográficas e os Hábitos Sexuais.*
- *Hipótese 2 - Há relação entre as variáveis sócio-familiares e os Hábitos Sexuais.*
- *Hipótese 3 - Há relação entre a variável relativa ao Suporte Social e os Hábitos Sexuais.*

A amostra do estudo, não probabilística e intencional por conveniência, ficou constituída por 750 alunos de três Escolas Secundárias do Distrito de Viseu, nomeadamente 471 alunos da Escola Secundária Alves Martins, 228 da Escola Secundária Frei Rosa Viterbo –

Sátão e 88 da Escola Secundária de Vouzela, enquadrados nas idades por nós definidas entre 14 e 18 anos.

A média de idades é 16,37 e desvio padrão de 0,980, dos quais 275 são do sexo masculino. A faixa etária mais significativa é a dos 16 aos 17 anos, com 64,3%, seguida da dos 14 aos 15 anos, com 21,9%.

A frequentar o 10º ano está 42,4% da amostra, seguido pelo 11º com 36,0%.

Natural da Aldeia é 45,9%, enquanto que 35,6% é da Cidade e os restantes da Vila.

Em relação à escolaridade do pai e da mãe predomina a 4ª Classe ou menos em cerca de 26%, e 5º e 6º anos ou Superior a 12º ano com 20,1% e 20,3% respectivamente.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário “Hábitos Sexuais na Adolescência”, que incluía a Escala de Atitudes Sexuais (Hendrick e Hendrick, 1987; Versão Portuguesa de Alferes, 1995) e de Suporte Social (Lin, 1986; Versão Portuguesa de R. Paixão & R. Oliveira, 1996).

A Escala de Atitudes Sexuais é constituída por 37 itens agrupados em cinco sub escalas: Permissividade, Comunhão, Instrumentalidade, Sexo Impessoal e Responsabilidade.

Cada sub escala contempla uma dimensão de atitude sexual. A dimensão “Permissividade” “refere-se às atitudes face ao sexo ocasional, ao sexo sem compromisso e à diversidade e simultaneidade de parceiros sexuais”; a dimensão “Comunhão” “refere-se às atitudes relativamente ao sexo como experiência sublime da intimidade física e psicológica”; a “Instrumentalidade” é descrita como “busca do prazer físico, ser facilmente manipulado”; a “Responsabilidade” como relativa ao “planeamento familiar e à importância da educação sexual”; e por fim a dimensão “Sexo Impessoal” como “atitudes face ao sexo não convencional, a práticas não aceites socialmente” (Alferes, 1997).

Em relação à Escala de Suporte Social uma maior pontuação equivale a um suporte social teoricamente melhor ou mais eficaz.

### **3 – Análise e discussão dos resultados**

A prevalência dos adolescentes que já iniciaram a vida sexual é de 25,1%.

Dos indivíduos do sexo masculino que já tiveram relações em 35,5% aconteceu antes dos 14 e 15 anos, enquanto que no sexo feminino 12,8% refere que iniciou a vida sexual no referido grupo etário. Comparativamente com o estudo de realizado por F. Navarro em três Centros de Saúde de Portugal, que refere que 23,5% dos rapazes e somente 4,8% das

raparigas têm relações sexuais antes dos 15 anos (Fellice, 1999), denota-se uma evolução. Outro estudo confirma que a primeira relação sexual ocorre mais cedo nos rapazes, sobretudo a partir dos 14 anos (14%), sendo mais frequente aos 16 anos (idade modal; cerca de 19%). No caso das raparigas, os 18 anos é a idade mais frequente de iniciação sexual (15%), (Lourenço, 1998).

Em relação à idade do parceiro na primeira relação sexual verifica-se que 55,3% dos rapazes responde que a parceira tinha entre 15 e 17 anos e 42,6% das raparigas que o companheiro tinha entre 18 e 20 anos. Esta discrepância de resultados é explicada por razões de ordem educacional ou cultural, o rapaz sai mais cedo de casa, liga-se mais ao grupo, tem experiências mais cedo, começa mais cedo a sua vida sexual e, portanto, tudo isso vai condicionando respostas diferentes em relação à rapariga (Sampaio, 1996).

No que diz respeito à utilização de métodos contraceptivos na primeira relação sexual constata-se que 89,4% utilizou método contraceptivo. Resultado este que demonstra uma mudança dos hábitos dos jovens face à prática de “sexo seguro” quando comparado com um estudo realizado em 1987 no Liceu Gil Vicente em Lisboa em que apenas 1,5% dos adolescentes que iniciaram relações sexuais utilizaram contracepção (Almeida, 1987).

No que concerne à utilização actual de métodos contraceptivos constata-se que 75,4% utiliza sempre e apenas 12,8% não utilizam qualquer método contraceptivo. Verificou-se que a grande maioria dos adolescentes (66,7%) escolhe o preservativo, 28,0% a pílula e os restantes conjugam estes dois métodos. Em estudos feitos a jovens estudantes em Portugal em 1982 concluiu-se que 26,2% utilizavam métodos anticoncepcionais, dos quais, 62,7% recorriam à pílula e 12,3% ao preservativo (Almeida, 1987).

Salienta-se que 35,5% das raparigas já recorreram à pílula do dia seguinte pelo menos uma vez.

Quando questionado sobre o grau de satisfação na primeira relação sexual constata-se que, relativamente aos rapazes, 92,6% tiveram um grau de satisfação positivo e apenas 1,1% apresentaram satisfações negativas. Por sua vez, 78,8% das raparigas refere que foi positiva e 10,7% consideram-na negativa. Estes diferentes padrões para os dois sexos correspondem a diferenças fundamentais a nível dos papéis sexuais (Sprinthall, N. & Collins, W., 2003).

Dos adolescentes que ainda não iniciaram a vida sexual, 46,9% dos rapazes e 52,5% das raparigas têm um grau de satisfação positiva e 9,4% dos rapazes e 5,5% das raparigas têm satisfação negativa. A diminuição do grau de satisfação é justificada pela pressão que o

grupo de pares exerce pois a expressão da sexualidade é regulamentada não tanto pelos próprios impulsos biológicos, mas antes, pelas expectativas e pelo significado social associado a certos padrões de actividade sexual (Sprinthall & Collins, 2003).

Relativamente às Atitudes Sexuais, obteve-se um nível de significância altamente significativo nos indicadores “Permissividade” e “Sexo Impessoal”. Constata-se que nos referidos indicadores os rapazes têm uma média e um desvio padrão superior ao das raparigas.

Quanto ao indicador “Responsabilidade” com um nível de significância significativo, passa-se o oposto em que as raparigas têm uma média superior à dos rapazes.

Com o objectivo de conhecer os factores que influenciam/determinam os Hábitos Sexuais dos Adolescentes, foi feita uma análise inferencial, que permitiu aferir que existe relação entre as variáveis sociodemográficas e os Hábitos Sexuais.

No que concerne às Atitudes Sexuais verificou-se que são influenciadas pela idade, em que o aumento desta implica um aumento da “Comunhão” com um nível de significância significativo ( $p=0,012$ ); pela Zona de Residência em que a média da “Comunhão” diminui conforme se trate de adolescentes que habitem na Cidade, Vila ou Aldeia respectivamente, para um nível de significância significativo ( $p=0,034$ ); pela Escolaridade em que se verifica que quanto maior a Escolaridade, maior a “Comunhão”, para um nível de significância significativo ( $p=0,046$ ). Por sua vez a média da “Instrumentalidade” aumenta do 10º para o 11º ano e diminui do 11º para o 12º ano com um nível de significância significativo ( $p=0,042$ ).

Em relação às Vivências Sexuais estas aumentam com a Idade, com um nível de significância altamente significativo; pelo Sexo onde uma maior percentagem de rapazes (34,2%) já teve relações sexuais comparativamente com as raparigas (19,8%); e pela Escolaridade que aumenta as Vivências Sexuais para um nível de significância bastante significativo ( $p=0,003$ ).

Na procura da relação entre as variáveis sócio-familiares e os Hábitos Sexuais constata-se que quanto maior a Escolaridade dos pais maior a “Comunhão” e “Responsabilidade” para um nível de significância significativo ( $p=0,005$  e  $p=0,004$  respectivamente).

Determinou-se também que não existe relação entre a escolaridade dos pais e as Vivências Sexuais, este resultado contraria vários autores que salientam a importância dos pais na educação sexual dos adolescentes, que valorizam a forma como os pais ou

substitutos parentais conseguem abordar a temática da sexualidade é essencial para a forma como o adolescente a vai vivenciar (Sampaio, 2002).

Da relação entre o Suporte Social e Atitudes Sexuais infere-se que, para um nível de significância altamente significativo ( $p=0,000$ ), os indicadores “Permissividade”, “Instrumentalidade” e “Sexo Impessoal” diminuem com o aumento do Suporte Social. Também a “Comunhão” diminui com o aumento do Suporte Social para um nível de significância bastante significativo ( $p=0,007$ ). Pelo contrário a “Responsabilidade” aumenta com o Suporte Social para um nível de significância significativo ( $p=0,044$ ).

Se a relação com os pais, a ligação ao grupo e as experiências que o adolescente vivência correrem bem, o adolescente vai caminhando para a definição de um sistema de valores, vai a pouco e pouco deixando as suas experiências mais transitórias e fixar-se num namoro estável (Sampaio, 2002).

## **6 – Conclusões**

Este estudo permite constatar a realidade dos Hábitos Sexuais dos adolescentes do distrito de Viseu, tendo sido sobejamente atingidos os objectivos propostos podendo inferir-se as seguintes conclusões:

- **Determinar os Hábitos Sexuais dos adolescentes distrito de Viseu:**

Cerca de um quarto dos adolescentes já tiveram relações sexuais, com parceiros da mesma idade ou mais velhos e cerca de 90% utilizaram método contraceptivo, preferindo o preservativo ou a pilula.

Actualmente aproximadamente 75% dos adolescentes que já tiveram relações sexuais utilizam sempre métodos contraceptivos e cerca de 35% das jovens já utilizaram a pilula do dia seguinte. Têm um grau de satisfação sexual positivo sendo superior nos adolescentes que já tiveram relações sexuais comparando com os que ainda não tiveram.

- **Determinar as Atitudes Sexuais dos adolescentes:**

Os rapazes têm atitudes mais permissivas e impessoais em relação ao sexo e as raparigas são mais responsáveis.

A “Comunhão” é maior com o aumento da idade e escolaridade dos jovens. A “Instrumentalidade”, por sua vez, diminui com a escolaridade.

A atitude “Comunhão” vai diminuindo conforme habitem na cidade, vila e aldeia respectivamente.

A maior escolaridade dos pais induz nos adolescentes uma maior “Comunhão” e “Responsabilidade”;

- **Inquirir as Vivências Sexuais dos adolescentes:**

Os rapazes têm mais vivências sexuais que as raparigas.

Quanto maior a idade dos jovens e a escolaridade, mais são as “Vivências Sexuais”.

- **Relacionar o Suporte Social dos adolescentes com os Hábitos Sexuais:**

Maior Suporte Social implica diminuição da “Permissividade”, “Instrumentalidade” e “Sexo Impessoal” e aumento da “Responsabilidade”.

Os jovens de hoje são os pais de amanhã e como tal é urgente valorizar a Educação Sexual nas nossas Escolas de modo a garantir uma formação cívica, científica adequada a uma promoção de Hábitos Sexuais saudáveis.

A aprendizagem sobre a escolha de uma sexualidade saudável requer uma intervenção urgente e eficaz. A educação sexual pode contribuir para ajudar os adolescentes a tomarem decisões mais adequadas. Alguns estudos demonstram que a educação sexual e o aconselhamento sobre a sexualidade estão associados a uma maior utilização de contraceptivos e preservativos, menor número de parceiros, início mais tardio da vida sexual, menor probabilidade de gravidez precoce, maior conhecimento sobre fertilidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Considera-se, também, pertinente, como complemento da medida anterior, a formação das famílias, nomeadamente dos pais, no sentido de facilitar a comunicação e a abordagem de determinada temática. Dado ser na família que o jovem adquire os valores que o guiarão pela vida e a dificuldade dos pais de transmitir e abordar a sexualidade é necessário intervir de modo a esbater as barreiras bloqueadoras.

Dignificar e valorizar a importância do Suporte Social e da Escolaridade como forma de os jovens terem Atitudes Sexuais adequadas.

### **Referências bibliográficas**

- Albuquerque, C. (2004). Comportamentos de Salud y de Riesgo en la adolescência – Badajoz.
- Alferes, V. (1997). Encenação e Comportamentos Sexuais: para uma psicologia social da sexualidade. Porto: Edições Afrontamento
- Almeida, J. (1987). Adolescência e maternidade. Lisboa : Edição Fundação Calouste Gulbenkian p.225.

- Fellice, M.. (1999). Gravidez na Adolescência – Questões actuais e tendências: 1998. *Pediatria*. Lisboa. Vol. 7, nº. 3 (Março), p. 169-174.
- Gaspar, N. (1999). Estudo da imagem corporal na adolescência: dissertação de mestrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Sistémica. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Gomes, A. (2005). De onde vêm os bebés?. *Revista XIS*. Lisboa : Jornal Público. Nº. 295, p.22-23.
- Lemos, E. (2001). Sexualidade na Adolescência: Conhecimentos e opiniões dos Adolescentes relacionados com a Sexualidade. Dissertação de Mestrado em Promoção/Educação para a Saúde. Vila Real.
- Lourenço, M. (1998). Textos e Contextos da Gravidez na Adolescência: Adolescente, a família e a escola – Lisboa : Fim de Século Edições Lda, p.51.
- Medeiros, M. (2000). Adolescência: abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento.
- Nodin, N. (2001). Adolescentes, o Sexo e os Outros. Sexualidade e Planeamento Familiar. Lisboa. Nº. 31 (Julho/Outubro), p. 37-42.
- Oliveira, R. (2001). Psicologia Clínica e Reabilitação Física: Uma abordagem psicoterapeutica da incapacidade física adquirida. Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Pereira, S. (2007). A Sexualidade na Adolescência. Acedido em 26 de Abril de 2010 em <http://www.consultorio-psicologia.com>
- Reis, V. (1997). Adolescentes e família: estudo explanatório sobre a raiva e agressividade. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Sampaio, D. (2002). Sexualidade na Adolescência. In Barbosa, A ; Gomes-Pedro, J. Sexualidade. Lisboa: Departamento de Educação Médica. Faculdade de Medicina de Lisboa. p.79-85.
- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). Psicologia do Adolescente- uma abordagem desenvolvimentista. 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.





# Imagem ideal em adolescentes portuguesas: influência de agentes de socialização

Cristina Oliveira Albuquerque<sup>1</sup>, Maria Johanna Schouten<sup>2</sup> & Carlos Albuquerque<sup>3</sup>

## 1 – Introdução

A imagem corporal pode ser definida como *“a figuração do nosso corpo formada na nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”* (Schilder cit. in Ferreira, 2003:7), constituindo um aspecto central da identidade pessoal e social na nossa sociedade de consumo. O corpo e a aparência moldam a forma de estar e de interagir em sociedade, constituindo-se como factores fundamentais para a construção da auto-imagem do indivíduo, em especial na fase da adolescência. É nesta fase que as desordens alimentares associadas ao culto do corpo são mais acentuadas, nomeadamente a anorexia. Giddens (2002:150) refere-nos que *“a anorexia tem origem na evolução da imagem do corpo feminino na história recente das sociedades modernas (...)”* e que *“(...) 60% das jovens de 13 anos começaram já uma dieta; esta proporção aumenta para mais de 80% quando se trata de adolescentes de 18 anos”*. Por outro lado, o modelo dominante de beleza feminina, reforçado pela moda e pelos média, criam uma imagem irreal e perigosa do ideal feminino (Ribeiro, 2005), podendo incentivar as adolescentes a desenvolver comportamentos que vão no sentido de aproximação desse ideal, com a convicção de que esse ideal lhes trará maior segurança e sucesso.

Em Portugal, estima-se que as doenças do comportamento alimentar como a anorexia e a bulimia têm vindo a crescer de uma forma preocupante (Castro, 2006). O padrão da moda, ditado pelos criadores que utilizam modelos excessivamente magros para mostrar as suas obras, é seguido na sua generalidade por mulheres jovens. Como consequência, a busca da *“magreza”* e de um corpo ideal, torna-se um factor de grande sofrimento e extremamente prejudicial à saúde.

O termo ‘imagem corporal’ pode ser usado para denotar os modos como a experiência vivida do corpo é associada ao significado sociocultural sobre o modo como pensamos e

---

<sup>1</sup> Hospital de São Teotónio de Viseu.

<sup>2</sup> Universidade da Beira Interior.

<sup>3</sup> Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, Instituto Politécnico de Viseu.

sobre como imaginamos os nossos corpos. É ainda central, para os modos de experimentar e contextualizar estados de saúde/doença (Lupton in Augusto, 2004).

Foi tendo por referência estes aspectos que decidimos efectuar o estudo de algumas variáveis (número de amigos, integração no grupo de pares, convidada para sair, ter namorado, beleza, saúde e sucesso profissional) na influência na vida social das adolescentes, com o objectivo de caracterizar a imagem corporal das adolescentes; e relacionar a imagem corporal com a sua socialização.

Escolheu-se o período da adolescência, uma vez que esta fase da vida implica uma dialéctica permanente com o próprio corpo, constituindo-se como um momento crítico de desenvolvimento e afirmação da identidade pessoal determinante na aquisição de comportamentos futuros.

## **2 – Metodologia**

Nesta investigação transversal de natureza quantitativa, a amostra estudada, do tipo aleatório, foi constituída por 120 adolescentes do sexo feminino, que frequentavam o ensino diurno do 8º ao 12º ano de uma escola pública da cidade de Viseu. A média de idades situa-se nos 15,37 anos, sendo que a maioria reside em meio rural (41,7%). Para a recolha dos dados, utilizamos o inquérito por questionário, o qual integrou as seguintes escalas de medida (aferidas e adaptadas para a população portuguesa):

Escala de Avaliação da Percepção de Peso (Cunha, 2004), Escala de Percepção da Imagem Corporal (Madrigal-Fritsch *et al.*, 1999); Body Shape Questionnaire (Cooper *et al.*, 1987); Escala de Percepção do Impacto de ser Magra na Vida Social das Adolescentes (Paxton *et al.*, 1991), e Índice de Massa Corporal.

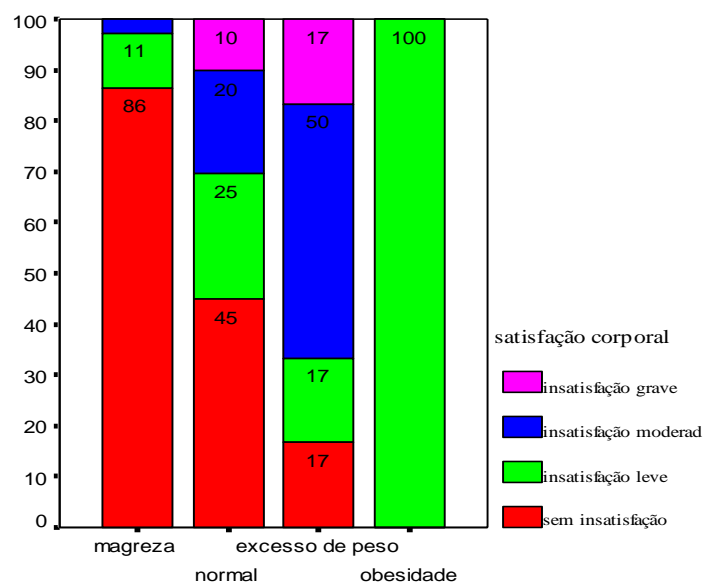
Os dados obtidos foram alvo de tratamento estatístico através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-versão15.0).

## **3 – Resultados e discussão**

No que respeita às variáveis subjacentes à caracterização da imagem corporal, os resultados obtidos permitem constatar que, em relação ao *índice de massa corporal*, a maioria das adolescentes se situa num IMC que indica um peso normal (57,5%), embora exista uma percentagem significativa de adolescentes que se encontram num escalão revelador de magreza (30,8). Quanto ao *grau de percepção que as próprias fazem do seu peso*, verificamos que a maioria define o seu peso como normal (56,7%), embora exista um

grande número de adolescentes que considera ter peso excessivo (33,3%), contra os 7,5% que refere ter peso insuficiente. Constatamos também que as adolescentes expressam como figura de um corpo ideal uma figura mais magra que a sua; o que nos leva a considerar que as adolescentes valorizam como um corpo ideal um corpo magro. Por outro lado, os resultados espelham que mais de metade das adolescentes inquiridas apresenta um *sentimento de satisfação face à imagem corporal* (54,2%). Das que apresentam um sentimento de insatisfação (que é mais severa na faixa etária dos 15 e 16 anos), 20,8% apresentam-no de uma forma leve, 17,5% de uma forma moderada e 7,5% de uma forma grave. Constatámos ainda, que as adolescentes que se encontram num IMC normal, 55% dizem sentir-se insatisfeita com o seu corpo (cf. Gráfico 1). Esta insatisfação cresce à medida que o IMC aumenta. Ressaltamos que das inquiridas que revelam uma insatisfação corporal grave (27%), 10% pertence ao escalão de IMC normal, o que revela um desvio na percepção da sua imagem.

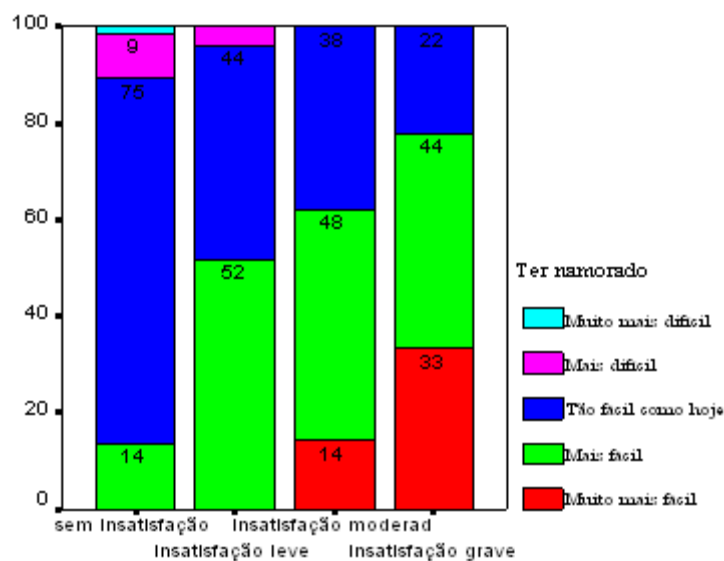
**Gráfico 1 – Índice de massa corporal/ Satisfação corporal**



Relativamente aos resultados subjacentes ao estudo das variáveis com influência na vida social das adolescentes (número de amigos, integração no grupo de pares, convidada para sair, ter namorado, beleza, saúde e sucesso profissional) deparamos que algumas variáveis apresentam uma influência mais forte do que outras na sua relação com a magreza. Estas variáveis são o relacionamento amoroso, a beleza e a saúde. Concretamente, o relacionamento amoroso constitui-se como uma variável particularmente importante na

percepção da imagem corporal que valoriza um corpo idealmente magro, uma vez que nos foi possível constatar que uma grande parte das adolescentes (35%) considera que seria mais ou muito mais fácil ter namorado se fosse mais magra, existindo mesmo adolescentes com um IMC normal (42%) e magro (14%) que sustentam esta ideia. Também, à medida que se avança nos graus de insatisfação com o corpo observamos que são as adolescentes mais insatisfeitas que consideram que se fossem mais magras seria mais fácil ter namorado (cf. Gráfico 2).

**Gráfico 2 – Ter Namorado / Grau de Satisfação Corporal**



Em relação ao item que foca a importância da beleza, chegamos à mesma conclusão e de uma forma ainda mais significativa. Assim, 42,5%, das jovens afirmaram que a sua beleza seria maior se fossem mais magras, o que aponta para a interpretação de um corpo bonito associado a um corpo magro. Esta constatação vai ao encontro dos padrões de beleza difundidos pela sociedade moderna ocidental e aos quais as jovens são bastante permeáveis. No contexto da saúde, constatamos que para uma parte representativa das adolescentes (38,3%) - o ser mais magra está associado a ter mais saúde; o que poderá indicar que na nossa sociedade, que valoriza um corpo belo, e portanto magro, a magreza seja percebida como algo de saudável e o excesso de peso como factor predisponente de doença. Parece-nos preocupante é o facto de jovens com um IMC normal (40%) e magro (16%) considerarem que se fossem ainda mais magras seriam mais saudáveis, levando-nos a pensar que existe uma distorção na percepção do que é ou não saudável por parte destas

adolescentes. São também as adolescentes com um maior índice de massa corporal e as mais insatisfeitas com o tamanho e forma do seu corpo que afirmam que se fossem mais magras a sua vida social e pessoal seria melhor.

### **3 – Conclusões**

Os resultados que obtivemos levam-nos a pensar que existe, efectivamente, uma grande preocupação com a figura corporal e que as adolescentes apresentam uma distorção da sua imagem corporal face à realidade, sobrevalorizando o seu peso e sobrestimando o tamanho do seu corpo, o que as impulsiona a adquirir comportamentos que favorecem a procura de uma imagem ideal, como sejam: a prática de dieta e de exercício físico. Verificamos igualmente, que as adolescentes em alguns aspectos da sua vida social, como o ter namorado, a beleza e a saúde, atribuem maior importância à idealização de um corpo magro do que em outros, o que poderá ser explicado pelo facto de na adolescência as jovens apresentarem uma preocupação acrescida com a sua imagem, uma vez que o querer parecer bem e sentir-se amado é um factor gerador de equilíbrio e de segurança. Em suma, será sem dúvida importante, face à evidência dos resultados, uma reflexão em torno dos aspectos que potenciam a idealização de uma imagem corporal tendencialmente magra demais junto das adolescentes, por forma a potenciar uma intervenção capaz, fomentando a reflexibilidade crítica junto das jovens, desta faixa etária, com o objectivo de melhorar a aceitação corporal e a prevenção de comportamentos para perder peso de forma inadequada e ao desenvolvimento de desordens alimentares graves.

### **Referências bibliográficas**

- Albuquerque, C.P. (2007). *A importância da imagem corporal das adolescentes*, Monografia de Final de Curso. Universidade da Beira Interior. Portugal.
- Augusto, M.A. (2004). *Infertilidade e reprodução medicamente assistida em Portugal: Dos problemas privados aos assuntos públicos*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Universidade da Beira Interior.
- Castro, J. (2006). *Diário Regional de Viseu*, 20 de Setembro.
- Cooper, P.J.; Taylor, M.J.; Cooper, Z.; & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eating Disorder*, 6: 485-494.
- Cunha, M. J. (2004). *A Imagem corporal: Uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magreza para as adolescentes*, *Autonomia* 27, Azeitão.

Ferreira, P. (2003). *Sociologia da Imagem Corporal*, disponível em: <http://www.geocities.com> (11/04/07).

Giddens, A. (2002). *Sociologia*, 3ªEd., Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

MADRIGAL-FRITSCH, Herlinda *et al.* Body image perception as an approach to assess nutritional status. *Salud pública Méx.* [online]. 1999, vol. 41, no. 6 [cited 2007-02-20], pp. 479-486. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636341999000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636341999000600008&lng=en&nrm=iso). ISSN 0036-3634.

Paxton, S. J., Wertheim, E. H., Gibbons, K., Szukler, G. I., Hillier, L. & Petrovich, J. L. (1991). Body Image Satisfaction, dieting beliefs and weight loss behaviours in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 361-379.

Ribeiro, S. M. (2005). *Retratos de Mulher: Construções sociais e representações visuais no feminino*, 1ªEd., Campo das Letras e Centro de estudos de Comunicação e Sociedade, Porto.

## **Qualidade de vida da criança/adolescente com espinha bífida: perspectiva dos pais**

Rocha, Bertina; Carvalho, Maria José; Gomes, Marta; Esteves; Regina<sup>1</sup>

### **Introdução**

A Organização Mundial de Saúde, define Qualidade de Vida como uma "percepção individual da posição na vida no contexto da sua cultura e sistemas de valores em que vive, e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (Ribeiro, 1997, p.260).

A espinha bífida é uma deficiência congénita que tem origem num defeito de encerramento do tubo neural, aquando do desenvolvimento embrionário. Esta patologia deve-se a uma multicausalidade de factores, não estando no entanto esclarecida a sua etiologia. Apesar dos avanços notáveis dos meios auxiliares de diagnóstico nas últimas décadas, a frequência desta malformação é, segundo Amorim (2002), de 1/1000 nascimentos.

A doença crónica pode ser vista como um factor de stress que afecta o desenvolvimento da criança, atingindo também as relações sociais dentro do sistema familiar. O desajustamento da criança doente pode estar mais relacionado com o modo como a família lida com esta, do que com os comportamentos da criança/adolescente em si.

Abrunheiro (2004), define apoio social como transacções interpessoais de um ou mais dos seguintes tipos: Interesse ou apoio emocional – Amor, empatia, carinho, confiança; Ajuda ou apoio instrumental – Bens e serviços; Apoio informativo – Informação relevante para resolver o problema; Apoio avaliativo – Informação para avaliar a actuação pessoal.

O principal objectivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida das crianças/adolescentes com espinha bífida na perspectiva dos pais.

### **Enquadramento teórico**

A Organização Mundial de Saúde através do seu Grupo para a Qualidade de Vida (World Health Organisation Quality of Life Group, 1993) entende que a qualidade de vida

---

<sup>1</sup> Enfermeiras Especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – CHC.

integra de forma algo complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de independência, as suas relações sociais, as suas crenças e as suas relações com o meio ambiente. Atendendo a que a expressão qualidade de vida surge paralelamente ao desenvolvimento dos estudos sobre a saúde torna-se importante perceber como é entendido o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde.

Assim Couvreur (2001) considera que quanto melhor for a saúde, melhor será a qualidade de vida. Ribeiro (1994) diz que a qualidade de vida pode possuir um significado mais amplo ou mais restrito, podendo ter duas vertentes distintas: uma de carácter geral, que se centra no sistema de cuidados de saúde e que está dependente das doenças de um modo geral, e outra específica para cada doença que se refere ao modo como essa doença afecta a qualidade de vida. A diferença destas duas vertentes reside na forma como são avaliadas. É nesta situação – estudo da qualidade de vida imposta por uma doença específica ou qualquer outra – que segundo o mesmo autor, se emprega a expressão “qualidade de vida relacionada com a saúde”. Este conceito torna-se mais rigoroso e menos abrangente que o conceito de qualidade de vida em geral.

As doenças crónicas são a causa de inúmeras disfunções, pelo que é necessário ter em conta não só a sobrevivência mas também o tipo de vida desses doentes e o nível de incapacidade, isto é, a quantidade bem como a qualidade (Valero, 1991). A doença crónica é um factor de stress que afecta o desenvolvimento da criança, atingindo também as relações sociais dentro do sistema familiar. O que a criança percebe, quando está seriamente doente, é influenciado pela dor ou desconforto que sente, e também pela preocupação e angústia da sua família (Castro e Piccinini, 2002). Assim o suporte familiar e as competências de cada membro da família são importantes fontes de informação e influenciam o modo da criança lidar com a doença. O funcionamento familiar é um preditor do ajustamento da criança servindo a família como moderadora na atenuação dos efeitos negativos da doença.

O ajustamento parental depende de alguns factores, tais como: as características da doença, os aspectos pessoais, a dinâmica familiar e o apoio social.

Matos e Ferreira (2000), definem apoio social como o grau em que as necessidades sociais básicas da pessoa são satisfeitas através da interacção com os outros, entendendo por necessidades básicas a filiação, afecto, pertença, identidade, segurança e aprovação. As necessidades podem satisfazer-se mediante a provisão de ajuda sócio-emocional (afecto, simpatia, compreensão, aceitação e estima de outros significativos) ou pela provisão de



ajuda instrumental (conselho, informação, ajuda com a família ou com o trabalho, ajuda económica).

Guimarães (2000) considera que apercebermo-nos de que existe apoio social disponível, ainda que seja falso, aumenta o bem-estar psicológico, isto é, ainda que não seja efectivamente recebido, a percepção da disponibilidade de apoio social é benéfica para as pessoas.

A espinha bífida é uma malformação congénita caracterizada por um defeito de encerramento do tubo neural. O não encerramento do tubo neural na sua porção proximal, ou seja, na extremidade craniana produz anencefalia, um tipo de anomalia do cérebro e do crânio incompatível com a vida. Os defeitos de encerramento do tubo neural na extremidade caudal são os mais frequentes e denominam-se de espinha bífida (Cruvinel et al, 2003).

A etiologia não está esclarecida apontando-se para uma multicausalidade. Geralmente a espinha bífida é um defeito congénito isolado, os factores genéticos são apontados como causa, no entanto 90% destas crianças nascem de pais saudáveis, sem antecedentes familiares e sem factores de risco identificáveis (Ramos, 2002).

Podemos considerar dois tipos de espinha bífida, a oculta e a quística. Quando existe herniação de tecido nervoso, medula, esta é denominada de mielomeningocelo. Esta mal formação caracteriza-se por uma malformação da medula e de algumas das suas raízes, provocando deficiência a nível motor e sensitivo.

Associado ao mielomeningocelo surge hidrocefalia em 90% dos casos, sendo esta secundária à malformação de Arnold-Chiari, com necessidade de derivação ventrículo-peritoneal (Amorim, 2002). Existe ainda, segundo o mesmo autor em todos os casos, compromisso da função vesical, caracterizada por incontinência urinária; intestino neurogénico, em que pode haver perda contínua de fezes ou por outro lado obstipação crónica e disfunção sexual.

### **Material e método**

Estudo, transversal, descritivo-correlacional realizado numa amostra de 55 pais de crianças/adolescentes com espinha bífida que frequentam a consulta de fisioterapia do Hospital Geral e a consulta de espinha bífida do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Foram critérios de inclusão as crianças/adolescentes viverem com os pais e serem acompanhadas por um destes à consulta. A idade das crianças/adolescentes situou-se entre os 6 e os 20 anos.

Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário em que a primeira parte caracteriza a amostra e as variáveis independentes (idade, género e nível da lesão relativos à criança/adolescente). A variável nível de lesão refere-se à localização anatómica da lesão do tubo neural. Operacionalizou-se a variável em 6 níveis T-12 (12ª torácica); L1-L2 (1ª e 2ª lombares); L3-L4 (3ª e 4ª lombares); L5 (5ª lombar); S1 (1ª sacrada); S2-S3 (2ª e 3ª sacradas). Esta operacionalização baseou-se em Swaiman (1996), no qual o autor apresenta uma relação entre os músculos, a enervação e a função.

O apoio social foi avaliado através da Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira (2000). A análise factorial da escala determinou três dimensões: o *apoio informativo*, que inclui o conselho e a informação que facilitam os esforços na resolução de problemas; o *apoio emocional*; *apoio instrumental* que traduz a resolução de problemas em concreto (Matos e Ferreira, 2000).

A pontuação pode variar de 16 a 80, sendo os valores médios para a população portuguesa em geral de 64.879.

A variável dependente, “Qualidade de vida da criança/adolescente com espinha bífida na perspectiva dos pais”, foi avaliada através de um instrumento de auto-resposta com 48 questões tipo Likert, de 1 a 5 pontos, com níveis de apreciação em que 1 corresponde a muito pouco/muito raramente e o 5 a plenamente/sempre. A pontuação pode variar de um mínimo de 48 a um máximo de 240.

O referido instrumento foi adaptado por Elvira Santos (Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca), de uma escala de avaliação da qualidade de vida das crianças com espinha bífida, desenvolvida por Parking, P. et al (1997).

## **Resultados**

Das crianças/adolescentes que recorreram à consulta de espinha bífida, 67.3% foram acompanhadas pela mãe, 3.6% pelo pai e 29.1% por ambos os pais.

As idades do acompanhante estão compreendidas entre os 30 e os 63 anos, sendo a média de idades das mães de 44.51 anos e dos pais de 43.5 anos.

A idade das crianças/adolescentes com espinha bífida está compreendida entre os 6 e os 20 anos. A idade média foi de 13,560 anos com desvio padrão 4,289 anos.

Verifica-se que 60% das crianças/adolescentes são do sexo masculino e 40% do sexo feminino.

Relativamente à variável nível de lesão, 25,5% das crianças/adolescentes apresentam lesão a nível da 3ª e 4ª lombar, sendo esta a mais frequente. A menos frequente situa-se a acima da 12ª dorsal (9,1%).

Quando se cruzam os dados relativos ao nível da lesão com a marcha, constatou-se que as crianças/adolescentes com lesão acima da 12ª dorsal são na sua totalidade dependentes de cadeira de rodas. As lesões mais baixas (S1, S2-S3), não têm implicações na marcha.

Verifica-se também que 40% da amostra é autónoma na marcha, no entanto uma elevada percentagem (30,9%) depende de cadeira de rodas.

Quanto à eliminação vesical apenas 2 (3,7%) crianças/adolescentes tem controlo de esfíncter, dos restantes 78,1% usam fralda, o que mostra que esta necessidade está fortemente afectada nestas crianças/adolescentes.

Relativamente aos resultados do apoio social, avaliado através da Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira, obteve-se um score médio de 56.760, com um desvio padrão de 12:387. Tendo em conta que a pontuação da escala varia de um mínimo de 16 e um máximo de 80, verificamos por estes resultados que o apoio social perspectivado pelos pais é razoável.

A variável Qualidade de Vida, avaliada através da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida das Crianças/Adolescentes com Espinha Bífida, obteve a média de 174,530. Tendo em conta que a pontuação da escala varia de um mínimo de 48 e um máximo de 240, verifica-se por estes resultados que em média a percepção de qualidade de vida no geral, na perspectiva dos pais é boa. Salienta-se que o desvio padrão é de 29,455, o que pressupõe uma grande amplitude do nível de percepção de qualidade de vida.

Pela aplicação do teste de correlação  $r$  de Pearson verificou-se que não existe relação entre a idade e a qualidade de vida da criança/adolescente com espinha bífida na perspectiva dos pais, uma vez que a relação entre as variáveis, não é estatisticamente significativa ( $r=-,205$ ,  $p= 0,132$ ).

Pela aplicação do teste paramétrico  $t$  de Student para grupos independentes, verificou-se que o género não influencia a qualidade de vida da criança/adolescente com

espinha bífida na perspectiva dos pais uma vez que a relação entre as variáveis não é estatisticamente significativa ( $t=,656$ ,  $p=0,515$ ).

O nível de lesão não influencia a qualidade de vida da criança/adolescente com espinha bífida na perspectiva dos pais. Este resultado foi obtido pela aplicação do teste de correlação  $r$  de Pearson ( $r=,029$ ,  $p=0,831$ ).

Para aplicação do teste de correlação  $r$  de Pearson verificou-se que a qualidade de vida da criança/adolescente com espinha bífida na perspectiva dos pais é maior quando aumenta o apoio social, uma vez que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $r=,440$ ,  $p<0.05$ ).

### **Discussão**

O estudo revela que na perspectiva dos pais as crianças/adolescentes apresentam valores de qualidade de vida superiores à média global da escala (174.530), o que nos permite referir que percepcionaram em média uma boa qualidade de vida. Contudo verificou-se uma grande amplitude nos scores (desvio padrão 29,455), pelo que pode-se considerar que alguns pais percepcionam muito boa qualidade de vida enquanto outros não manifestam uma percepção tão positiva.

No geral não existem grandes diferenças de qualidade de vida nas diversas dimensões, no entanto podemos realçar a dimensão social e médica com valores de qualidade de vida superior às restantes dimensões.

A espinha bífida é uma deficiência que representa uma anomalia genética, condiciona a função fisiológica e psicológica e afecta de forma duradoura o crescimento e o desenvolvimento.

Segundo Bizarro (2001, p.56) a doença crónica pode ser definida como “uma desordem com um decurso prolongado que pode ser fatal ou estar associada a uma duração de vida relativamente normal embora com um funcionamento físico ou psicológico debilitado. Frequentemente mostra períodos de exacerbação agudos requerendo uma atenção médica intensa”.

Sendo a espinha bífida uma doença crónica pode-se referir que os pais apesar de considerarem que o seu filho possui boa qualidade de vida no geral, continuam a ter situações de crise desencadeadas pelo agravamento da doença, hospitalizações frequentes, cirurgias, desconforto físico, efeitos secundários da medicação ou tratamentos e a eventualidade de uma expectativa de vida diminuída (Bizarro, 2001). Nessa altura tanto a

criança/adolescente como a família fica fragilizada e confusa com necessidade de se reorganizar. Segundo Messa (s.d.) a ajuda psicoterapêutica pode ser necessária tanto para a criança/adolescente como para a família. Por outro lado a família pode unir-se, resolver os seus conflitos em prol da melhoria das relações entre os seus membros.

Na perspectiva dos pais a idade não influencia a qualidade de vida dos seus filhos. Este resultado vai de encontro ao do estudo de Cate et al (2002), que considera que a idade não influencia a qualidade de vida destas crianças.

Contudo os resultados encontrados por Leger e Zimmerman (2005), revelam que existe uma correlação positiva entre a idade e a auto percepção de saúde. Os mais velhos revelam uma menor qualidade de vida, uma vez que auto percebem mais problemas de saúde.

Apesar de no estudo a idade não influenciar a qualidade de vida da criança/adolescente na perspectiva dos pais, a bibliografia descreve que embora a doença crónica seja difícil em qualquer idade, esta pode ser especialmente complexa e problemática na adolescência (Bizarro, 2001). O mesmo autor refere que a adolescência é um período de grandes mudanças com alterações físicas, cognitivas, emocionais e sociais. Iniciam-se vários processos simultâneos desde uma maior autonomia e independência pessoal, uma adaptação às próprias modificações físicas e psicológicas e o estabelecimento de relações mais fortes e elaboradas com os pares.

Os adolescentes portadores de doença crónica podem ver-se numa situação de forçada dependência estando por vezes fisicamente restringidos comparativamente aos seus pares saudáveis, tendo que depender dos pais para apoio instrumental e emocional (Bizarro, 2001).

Relativamente ao género, Sbragia et al (2004) consideram que esta patologia tem maior incidência no sexo feminino, na proporção de 1/1.5. Contudo na nossa amostra verifica-se que existe uma predominância do sexo masculino (60%).

Na perspectiva dos pais não se verificou relação entre a qualidade de vida e o género. Este resultado está também no estudo realizado por Cate et al (2002), quando nos refere que não existe relação entre o género e a qualidade de vida.

Apesar de, no estudo, o género não influenciar a qualidade de vida, os pais dos adolescentes do sexo masculino mostram que os seus filhos se preocupam com o estabelecimento de relações íntimas. Tadeschi et al (1999), referem que a adolescência é

uma fase de encantamento, um período de amadurecimento e de preparação para chegar ao namoro. Os rapazes são quem particularmente valoriza esta fase.

Outra preocupação dos adolescentes de ambos os sexos, salientada pelos pais foi o uso de fralda e a realização de cateterismo vesical. Verifica-se que no estudo a eliminação vesical está fortemente afectada, apenas 3,7% das crianças/adolescentes têm controle de esfíncteres. Este resultado está de acordo com Amorim (2002) quando refere que a espinha bífida condiciona a função vesical.

Segundo Tadeschi et al (1999), o corpo físico assume uma dimensão significativa na vida do adolescente. Aspectos relacionados com o crescimento e desenvolvimento corporal são alvos de comparações frequentes entre estes. A integração no meio social destes adolescentes é por vezes dificultada pelos seus pares, pelo uso de fralda/cateterismo vesical.

No estudo verificou-se não existir relação entre o nível da lesão e a qualidade de vida das crianças/adolescentes com espinha bífida na perspectiva dos pais.

Amorim (2002) refere que a lesão do tubo neural pode ocorrer em qualquer segmento da coluna vertebral sendo no entanto mais frequente (75%) na região lombar e lombosagrada. Segundo Seabra (1995) 92% das malformações situam-se abaixo de L2.

Pelos resultados encontrados, verifica-se que em 90,9% da amostra o nível da lesão situa-se na região lombar e lombosagrada. Destes 34,5% situam-se a nível sagrado.

As sequelas dependem da localização e extensão da lesão, condicionando assim os défices motores e sensitivos. Estes estão mais comprometidos quanto mais alto for o nível da lesão (Amorim, 2002).

Pelo cruzamento dos dados nível da lesão com a marcha, no nosso estudo, verifica-se que as crianças/adolescentes com lesão acima da 12ª dorsal são na sua totalidade dependentes de cadeira de rodas, as lesões mais baixas (S1, S2-S3) não têm implicações na marcha. Estes resultados estão de acordo com o autor supracitado.

Apesar de, como nos refere a bibliografia encontrada, uma lesão alta condicionar maior deficiência física, no estudo os pais não perspectivam menor qualidade de vida dos seus filhos quando o nível de lesão é alto.

Os resultados do estudo realizado por Kirpalani et al (2000), revelaram que a relação saúde/qualidade de vida está fortemente associada à esperança parental e menos às deficiências físicas neonatais ou actuais.

O resultado obtido é corroborado pelos estudos de Padua et al (2002) e de Sawin et al (2002), que revelam que não existe relação significativa entre a qualidade de vida e o nível da lesão ou a severidade da espinha bífida.

Não obstante, os resultados do estudo de Cate et al (2002) evidenciam uma relação significativa entre a gravidade da doença e a qualidade de vida.

Os pais reconhecem que o apoio social que recebem influencia a qualidade de vida dos seus filhos, confirmando a hipótese.

A escala de apoio social aplicada no estudo avalia essencialmente o apoio da rede familiar, no entanto durante a aplicação dos questionários, na consulta de espinha bífida, verificou-se que esta proporciona outro tipo de apoio. A equipe multidisciplinar constituída por médico da especialidade de neuropediatria e ortopedia, enfermeiro de referência, assistente social e psicólogo proporcionam à criança/adolescente e família um apoio muito valorizado.

Existe, por parte da equipe, uma disponibilidade para avaliar/atender crianças/adolescentes quando é identificado algum problema pelos pais. Esta disponibilidade foi referenciada pelos pais como muito positiva, daí, talvez o elevado nível de qualidade de vida na dimensão médica.

Também a existência da Associação Portuguesa de Espinha Bífida, da qual a maioria da amostra é associada, é referida como um apoio importante para lidar com a criança/adolescente com espinha bífida. Através dela existe uma troca de experiências que ajuda a ultrapassar as dificuldades sentidas com a criança/adolescente e pela família.

Bolander (1998), referem que o contacto com outras famílias e/ou doentes para partilha de experiências e vivências, são alguns dos meios a que a família pode recorrer para conseguir restabelecer um novo equilíbrio.

Os resultados do estudo estão de acordo com Abrunheiro (2005), quando refere que existe uma correlação positiva entre o apoio social e a qualidade de vida.

Também Nunes (1999), refere que quanto maior é o nível de apoio social melhor é a qualidade de vida dos doentes.

## **Conclusões**

A criança/adolescente com espinha bífida, na perspectiva dos pais, apresenta valores de qualidade de vida superiores à média global da escala. As dimensões médica e social foram as que revelaram melhor nível de qualidade de vida, por outro lado, a dimensão que

revelou menor qualidade de vida foi a ambiental, este dado pode-se justificar pela existência de barreiras arquitectónicas que dificultam a autonomia destas crianças/adolescentes.

Das variáveis estudadas, idade, género e nível da lesão, os pais não lhe atribuem influência na qualidade de vida da criança/adolescente com espinha bífida.

O apoio social é valorizado pelos pais como factor que influencia a qualidade de vida da criança/adolescente com espinha bífida. Das três dimensões do apoio social, o apoio informativo é o que apresenta em média menor valor.

A inadaptação das escolas às necessidades destas crianças/adolescentes, nomeadamente a falta de espaços que permitam uma eliminação vesical com privacidade, bem como a falta de pessoal com formação para as auxiliar, são uma lacuna. Face a esta falta de apoio um dos pais, na maioria das vezes a mãe, tem de abdicar da sua actividade profissional para proporcionar esse apoio ao filho.

Assim entendemos que a articulação entre o hospital e a equipa de cuidados de saúde primários é importante no processo contínuo de cuidados à criança/adolescente e família, visto ter um papel fundamental na avaliação e intervenção de modo a promover a adaptação social da criança.

### **Referências bibliográficas**

- ABRUNHEIRO, L. M. M. - A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático. **Psicologia.com.pt-O Portal dos Psicólogos**. [Em linha]. (2004). [Consult 15 Dez. 2005]. Disponível em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt).
- AMORIM, Rosa - Defeitos de encerramento do tubo neural II. **Nascer e Crescer**. Porto. ISSN 0872-0754. Vol.XI, nº 3 (2002), p. S176- S177.
- BIZARRO, L. – O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica. **Psicologia, Saúde e Doenças**. Vol. 2, nº2 (2001), p.55-67.
- BOLANDER, V. B. [et al.] - **Enfermagem Fundamental**: abordagem psicológica. 1ª ed. Lisboa: Lusodidata, 1998. ISBN 972-96610-6-5
- CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. - Implicações da doença orgânica crónica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia Reflexão e Crítica**. [Em linha]. Vol. 15, Nº 3 (2002). [Consult. 18 de Abr. 2005]. Disponível na internet: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=). ISSN 0102-7972.
- CATE, I. M.; KENNEDY, C.; STEVENSON, J. - Disability and quality of life in spina bifida and hydrocephalus. **Developmental Medicine & Child Neurology**. Vol.94 (2002), p.317-322.
- COUVREUR, Chantal. - **A Qualidade de Vida**: Arte para viver no séc. XXI. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-21-5.



- CRUVINEL, F. [et al.] - Defeitos de fechamento do tubo neural. [www.medico.org.br](http://www.medico.org.br) [Em linha]. (2003) [Consult. 18 Junho 2005]. Disponível na Internet:[http://www.medico.org.br/especialidade/tp\\_artigo.php?action=print&espe\\_id=29&n....](http://www.medico.org.br/especialidade/tp_artigo.php?action=print&espe_id=29&n....)
- GONÇALVES, O.; RAMOS, L. -Criança com espinha bífida: problemas sociais encontrados. **Saúde Infantil**. Coimbra. Vol.17, Nº 1 (Abril 1995), p.39-44.
- GUIMARÃES, C. I. S. - **Qualidade de Vida no Adulto Asmático**: influência das variáveis psicossociais. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde. Instituto Miguel Torga. Coimbra, 2000.
- KIRPALANI, H. M. [et al.] - Quality of life in spina bifida: importance of parental hope. **Arch Dis Child**. [Em linha]. Vol. 83 (2000), p. 293-297. [Consult. 11 abr. 2005]. Disponível em [www.archdischild.com](http://www.archdischild.com).
- LEGER, R. R.; ZIMMERMAN, B. - Severity of illness, functional status, and HRQOL in youth with spina bifida. **Rehabilitation Nursing Glenview**. [Em linha]. Vol. 30, (Set./Out. 2005), p. 180-188. [Consult. 25 Nov. 2005]. Disponível em <http://proquest.umi.com/>. ISSN 02784807.
- MATOS, A. P.; FERREIRA, A. - Desenvolvimento de uma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. **Psiquiatria Clínica**. Coimbra. Vol.21, Nº3 (jul./set. 2000), p. 243-253.
- MESSA, A. A. - **O impacto da doença crónica na família**. [Em linha]. [Consult. 18 Junho 2005]. Disponível em <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>.
- NUNES, M. M. J. - **Qualidade de Vida e Diabetes**: Influência das variáveis psicossociais. Dissertação de Mestrado. Instituto Miguel Torga. Coimbra, 1999.
- PADUA, L. [et al.] - Relationship between the clinical-neurophysiologic pattern, disability, and quality of life in adolescents with spina bifida. **Journal of Child Neurology**. Vol. 19, Nº 12 (Dez. 1994), p. 952-957.
- PARKIN, P. C. [et al.] - Development of a health-related quality of life instrument for use in children with spina bifida. **Quality of Life Research**. Vol. 6 (1997) p. 123-132.
- RAMOS, Carlos - Defeitos de Encerramento do Tubo Neural I. **Nascer e Crescer**. Porto. ISSN 0872-0754. Vol.XI, nº 3 (2002).
- RIBEIRO, J. L. P. - **2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. 1ª ed. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1997. ISBN 972-96682-9-9.
- RIBEIRO, J. L. P. - A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol.XII, Nº 2-3 (Abr./Set. 1994), p. 179-191.
- RIBEIRO, J. L. P. - **Psicologia e Saúde**. 1ª ed. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998. ISBN 972-8400-07-1.

- SAWIN, K. J. [et al.] - Factors associated with quality of life in adolescents with spina bifida. **Journal of Holistic Nursing**. (Set. 2002).
- SBRAGIA, L. [et al] - Evolução de 58 Fetos com Meningomielocele e o potencial de reparo intra-útero. **Arq Neuropsiquiatr** [Em linha]. 2004 62(2-B):p. 487-491 [Consult. 18 Junho 2005].
- SEABRA, J. F. - **Conceitos Básicos de Ortopedia Infantil**. 1ª ed. Coimbra: ASIC,1995.
- SWAIMAN, K. F. - **Neurología Pediátrica: principios y prácticas**. 2ª ed. Madrid: Mosby, 1996. ISBN 84-8174-203-1.
- TADESCHI, M. A. [et al.] - Auto imagem na adolescência. **Revista Electrónica de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 1 (Out./Dez 1999). [Consult. 18 Junho 2005]. Disponível em <http://www.fen.ufq.br/revista>.

## **ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**



## Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata

Cunha, M.<sup>1</sup>; Almeida, I.; Cardoso, D.; Gonçalves, E.; Silva, M.; Borges, S. & Estudantes do 3º CMEMC - UCPV

### Introdução

A próstata é uma glândula exócrina que faz parte do sistema reprodutor do sexo masculino tendo como função produzir e armazenar parte do sémen.

Das principais doenças que atingem a próstata, o cancro é sem dúvida aquela que provoca um maior impacto no doente (Pires *et. al*, 2002, p.45) sendo portanto o seu diagnóstico precoce de extrema importância, para um tratamento com êxito (Carvalho, 2002, p.16).

Nos homens portugueses, segundo o Registo Oncológico Nacional de 2007, esta patologia aparece em primeiro lugar, com uma taxa de incidência de 24% relativamente à distribuição total de tumores malignos por localização anatómica (IPO, 2008).

Face a esta constatação, o presente estudo tem como principal objectivo avaliar a relação existente entre idade, crenças / atitudes, valores de PSA, apoio social e a adesão ao rastreio do cancro da próstata em homens com mais de 50 anos de idade.

### Objectivos

- Analisar a relação das variáveis idade e zona de residência com os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata;
- Analisar a relação das PSA, Percepção de saúde/doença, Antecedentes familiares com os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata.
- Verificar se as variáveis apoio social e crenças de saúde, estão associadas com os comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata.

### Método

Tipo de Estudo: Estudo descritivo e transversal, realizado numa amostra intencional constituída por 108 participantes com idade  $\geq$  a 50 anos ( Média = 62.63 anos ), residentes no distrito de Viseu. Dos 108 participantes, 50% fizeram análises sanguíneas para determinar o valor de PSA mediante prescrição médica (grupo de 54 indivíduos doentes), tendo os

---

<sup>1</sup> CI&DETS - ESSV – IPV.

restantes elementos (50%) realizados as mesmas análise voluntariamente, isto é, sem prescrição médica (grupo de 54 indivíduos saudáveis),

A idade média dos Indivíduos doentes (Média = 65.70 anos) é superior à dos saudáveis (Média = 59.55 anos).

### **Material**

- Questionário sócio-demográfico;
- Escala de Graffar (*cit. in* Cardoso 1999);
- Questionário de conhecimentos sobre o Cancro da Próstata (Coutinho, 2001);
- Escala de comportamentos de Adesão ao Rastreo do Cancro da Próstata (Coutinho, 2001);
- Escala de Crenças/Atitudes face ao cancro da Próstata (Coutinho, 2001);
- Escala de Apegar Familiar (Smilkstein, 1984 *cit. in* Morais, 2001);
- Escala de Apoio Social (Matos e Ferreira, 2000);
- Determinação do nível de PSA em sangue venoso.

### **Resultados**

#### ***Perfil socio-demográfico dos participantes***

A maioria dos indivíduos considerados quer saudáveis, quer doentes vive no meio rural (70.07%; 61.11%), são casados (94.44%; 85.19%), possuem como nível de escolaridade o ensino básico (72.22%; 64.81%) e apresentam um nível sócio económico médio (72.22%; 50.00% respectivamente). Em relação à situação profissional, 68.52% dos indivíduos considerados saudáveis encontram-se activos, estando equitativamente distribuídos pelos diferentes sectores profissionais, ao passo que nos indivíduos considerados doentes predominam os reformados (57.41%) e o sector primário (35.19%) (c.f Tabela 1).

Tabela 1- Características sócio-demográficas dos participantes

Variáveis sócio-demográficas	Indivíduos					
	Saudáveis		Doentes		Total	
<b>Grupo etário</b>	<b>Média = 59.55; Dp= 7.10</b>		<b>Média = 65.70; Dp= 8.75</b>		<b>Média = 62.63; Dp= 8.51</b>	
	n	%	n	%	n	%
50-59	27	50.00	15	27.78	42	38.89
60-69	24	44.44	20	37.04	44	40.74
70-79	2	3.70	17	31.48	19	17.59
≥80	1	1.85	2	3.10	3	2.78
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>108</b>	<b>100.00</b>
<b>Zona de residência</b>						
	n	%	n	%	n	%
Rural	40	74.07	33	61.11	73	67.59
Urbano	14	25.93	21	38.89	35	32.41
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>108</b>	<b>100.00</b>
<b>Estado civil</b>						
	n	%	n	%	n	%
Solteiro	0	00.00	2	3.70	2	1.85
Casado	51	94.44	46	85.19	97	89.81
Viúvo	2	3.70	6	11.11	8	7.41
Divorciado	1	1.85	0	00.00	1	0.93
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>108</b>	<b>100.00</b>
<b>Escolaridade Reagrupada</b>						
	n	%	n	%	n	%
Analfabetos	2	3.10	6	11.11	8	7.41
Ensino Básico	39	72.22	35	64.81	74	68.52
Ensino Preparatório	5	9.26	7	12.96	12	11.11
Ensino Secundário	3	5.56	4	7.41	7	6.48
E.Superior/Mestrado	5	9.26	2	3.70	7	6.48
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>108</b>	<b>100.00</b>
<b>Actividade Profissional</b>						
	n	%	n	%	n	%
Activo	37	68.52	20	37.04	57	52.78
Baixa	0	00.00	1	1.85	1	0.93
Desemprego	4	7.41	2	3.70	6	5.56
Reformado	13	24.07	31	57.41	44	40.74
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>108</b>	<b>100.00</b>

Nível sócio-económico Reagrupado	Média = 14.41; Dp= 2.56		Média= 15.96; Dp= 3.31			
	n	%	n	%	n	%
Alto	12	22.22	10	18.52	22	20.37
Médio	39	72.22	27	50.00	66	61.11
Baixo	3	5.56	17	31.48	20	18.52
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>108</b>	<b>100.00</b>

### Comportamentos de adesão

Cerca de 61.11% dos participantes (indivíduos saudáveis 70.37%; indivíduos doentes 51.85%), não apresentam comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da Próstata. Sendo que em média os indivíduos doentes tem mais comportamentos de adesão (20.13) comparativamente com os saudáveis (18.00) (c.f Tabela 2).

**Tabela 2 - Estatísticas dos comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata**

Comportamentos de adesão ao rastreio	Indivíduos					
	Saudáveis		Doentes		Total	
	Média= 18.00; Dp= 3.82		Média= 20.13; Dp= 3.31			
	n	%	n	%	n	%
Não aderiu	38	70.37	28	51.85	66	61.11
Aderiu	16	29.63	26	48.15	42	38.89
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>54</b>	<b>100.00</b>	<b>108</b>	<b>100.00</b>

### Conhecimentos em relação ao Cancro da Próstata

Ambos os grupos (indivíduos considerados saudáveis e doentes) possuem muitos conhecimentos (38.89%) sobre o cancro da próstata.

No que diz respeito à zona de residência, os indivíduos que vivem em meio urbano, têm em média mais conhecimentos face ao cancro da próstata (50.57) em relação aos que provêm do meio rural (50.46).

### Apoio Social



Quanto à percepção do apoio social verifica-se que os indivíduos da amostra recebem em média mais apoio informacional (23.48), seguido do instrumental (22.17) e por fim do emocional (17.31).

### **Crenças/atitude de adesão**

São os indivíduos doentes que apresentam em média mais crenças/atitude de adesão (91.67), observando-se que os Indivíduos saudáveis têm mais crenças/atitude negativas sobre a adesão ao rastreio (40.74%), enquanto que indivíduos doentes apresentam mais crenças/atitude positivas (42.59%).

Nas faixas etárias mais baixas (50-59 anos) predominam as crenças/atitude negativas e neutras com respectivamente 41.86% e 47.83%.

As crenças/atitude positivas (47.62%) predominam na faixa etária dos 60-69 anos.

A idade associou-se aos comportamentos de adesão ao rastreio ( $r = 0.389$ ;  $p = 0.000$ ) (c.f Tabela 3) inferindo-se que à medida que de aumenta a idade, aumentam também os comportamentos adesão, sendo os indivíduos mais velhos (idade  $\geq 80$ ) que têm mais comportamentos de adesão com uma média de 20.33 (c.f Tabela 4).

**Tabela 3 - Correlação de Spearman entre os comportamentos de adesão ao rastreio e a idade**

<b>Idade</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>r</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p</b>	<b>t</b>
	<b>62.63</b>	<b>8.51</b>	-	-	-	-
<b>Comportamentos de adesão ao rastreio</b>	<b>19.06</b>	<b>3.71</b>	<b>0.389</b>	<b>15.1</b>	<b>0.000*</b> <b>*p&lt;0.001</b>	<b>-3.177</b>

**Tabela 4 - Estatísticas relativas à distribuição dos comportamentos de adesão ao rastreio segundo os grupos etários**

Grupo Etário	N	Médias	Dp	z	p
50-59	42	17.38	3.82	15.794	0.0013*
60-69	44	20.09	2.89		* $p < 0.01$
70-79	19	20.21	4.08		
≥80	3	20.33	3.21		

A zona de residência influencia os comportamentos de adesão ao rastreio, sendo os indivíduos do meio urbano que apresentam mais comportamentos de adesão ( $z = -2.238$ ;  $p = 0.002$ ) (c.f Tabela 5).

**Tabela 5- Teste U de Mann-Whitney relacionado com os Comportamentos de Adesão ao Rastreio e a zona de residência**

Zona de residência	Rural		Urbano		z	p
	Média	Somatório	Média	Somatório		
Comportamentos de adesão	18.51	3637.50	20.23	2248.50	-2.238	0.022* * $p < 0.05$

O apoio social (nota global e factores), associaram-se aos comportamentos de adesão ao rastreio, informacional ( $r = 0.003$ ;  $p = 0.976$ ) e emocional ( $r = 0.040$ ;  $p = 0.681$ ), o que nos diz que com o aumento de apoio nestes dois factores, aumentam os comportamentos de adesão. Verificaram-se correlações negativas, no factor instrumental ( $r = -0.078$ ;  $p = 0.421$ ) e nota global ( $r = -0.008$ ;  $p = 0.934$ ), inferindo-se que ao défice de apoio corresponde diminuição dos comportamentos de adesão ao rastreio (c.f Tabela 8).

**Tabela 6 - Correlação de Spearman entre os Comportamentos de Adesão ao Rastreio e as Crenças/atitude**

Crenças/Atitude	Média	Dp	r	r <sup>2</sup>	p
	91.35	9.65	-	-	-
Comportamentos de adesão ao rastreio	19.06	3.71	0.197	3.90	0.041* * $p < 0.05$

**Tabela 7 - Estatísticas relativas à Distribuição dos comportamentos de adesão ao Rastreio segundo as Crenças/Atitudes**

Atitude	N	Média	Dp	z	p
Atitude Negativa	43	18.46	3.91	1.919	0.383* *p>0.05
Atitude Indiferente	23	19.48	3.46		
Atitude Positiva	42	19.45	3.64		

**Tabela 8 - Estatísticas relativas à Distribuição dos Comportamentos de Adesão ao Rastreio segundo o Apoio Social**

Comportamentos de adesão		Média	Dp	r	r <sup>2</sup>	p
		19.06	3.71	-	-	-
Apoio social	Informacional	23.48	3.77	0.003	0.0009	0.976
	Emocional	17.31	2.75	0.040	0.16	0.681
	Instrumental	22.17	2.96	-0.078	0.608	0.421
	TOTAL	58.86	6.73	-0.008	0.0064	0.934

*O comportamento de adesão está associado ao valor de PSA total, observando-se uma correlação positiva, sendo que os comportamentos de adesão ao rastreio são mais praticados pelos homens cujos valores de PSA total são mais elevados, (r=0.262; p=0.006), (c.f Tabela 9), sendo os indivíduos com nível de PSA entre 4.5 - 6.5 que relatam mais comportamentos de adesão, ao passo que os indivíduos com nível de PSA entre 3.5 – 4.5 são os que revelam menos comportamentos de adesão, (p=0.044).*

**Tabela 9 - Correlação de Spearman entre Comportamentos de Adesão ao Rastreio e o Nível de PSA**

	Média	Dp	r	r <sup>2</sup>	p	t
PSA	1.85	1.98	-	-	-	-
Comportamentos de adesão	19.06	3.71	0.262	6.8	0.006	-3.944

## **Discussão**

Sarafino (1990) afirma que os indivíduos que possuem mais conhecimentos estão mais despertados para a doença e por isso têm maior probabilidade de apresentarem comportamentos preventivos, isto é, de efectuarem rastreios, contudo no presente estudo, apesar da maioria dos participantes (38.89%) possuir muitos conhecimentos a maioria (61.11%) não tem comportamentos de adesão ao rastreio de cancro da próstata.

O risco crescente de desenvolvimento do cancro da próstata prende-se também com o aumento do número de familiares de primeiro grau afectados sendo esse valor muito diminuto (3.70%) na presente amostra, influenciando negativamente os comportamentos de adesão ao rastreio.

## **Conclusões**

Os resultados sugerem que ter idade igual ou superior a 80 anos, residir em meio urbano, ter atitudes positivas ou seja, acreditar que as suas acções irão trazer benefícios para a sua saúde, são factores favoráveis à adopção de comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata.

Os resultados obtidos são um contributo para uma melhor compreensão desta problemática e, dado o crescente aumento da patologia oncológica ao nível prostático, justifica-se enriquecer a investigação com outros estudos, em prol da promoção da saúde dos homens.

## **Referências bibliográficas**

- Borrego, M. & Soares, P., (2002, Março/Abril). Radioterapia no carcinoma da Próstata. *Separata Científica da Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*, 4(19), pp.18-21.
- Carvalho, D. (2002, Julho). Não há que ter medo do toque rectal: cancro da Próstata. *Medicina e Saúde*, 5(57), pp.16-18.
- Coutinho, V., (2001, Julho). Comportamentos de adesão ao Rastreio do cancro da Próstata (Estudo Exploratório). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), pp.107-115.
- IPO (2008). Registo Oncológico 2007 (p. 9). Disponível on-line: <http://www.ipoportor.min-saude.pt/>.
- Matos, A. & Ferreira, A. (2000, Julho/Setembro). Desenvolvimento de uma Escala de Apoio Social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), pp.243-253.

Morais, A. (2001, Fevereiro). Influência da Ventiloterapia domiciliária na qualidade de vida de doentes com DPCO. *Investigação em Enfermagem. Revista Sinais Vitais*, (3), 32-39.

Pires, *et. al.* (2002, Setembro). A inovação do tratamento do Carcinoma da Próstata: Barquiterapia Prostática. *Revista Sinais Vitais*, (44), pp.45-48.

Sarafino, E. (1990). *Health Psychology*. New York: Jonh Wileyan Sons.



## Maus-tratos a pessoas idosas: Estudo comparativo entre duas comunidades: Vouzela e S.Martinho do Bispo

Dionísio, R.<sup>1</sup>; Fernandes, C.<sup>2</sup>; Chaves C.<sup>3</sup>; e Jardim, J.<sup>4</sup>

**Palavras-chave:** Idoso; Violência/Abuso

**Resumo:** Os maus-tratos contra as pessoas idosas constituem um problema de saúde pública e de direitos humanos que se prevê aumentar devido ao aumento exponencial do número de pessoas idosas no mundo industrializado. A violência contra as pessoas idosas ocorre de diferentes formas e por isso mesmo a sua identificação torna-se difícil dependendo do contexto cultural em que esteja inserido.

É um estudo quantitativo, descritivo, analítico e correlacional que permitiu identificar a situação de violência nas comunidades de Vouzela e de S. Martinho do Bispo. Recorremos a três instrumentos para a colheita de dados: um teste de avaliação cognitiva, um questionário para a caracterização sócio- demográfica e um teste de identificação de indicadores e sintomas de abuso em pessoas idosas. A amostra seleccionada foi de 131 pessoas idosas, (62 Vouzela e 69 S. Martinho do Bispo), tinham mais de 65 anos e não apresentavam deficit cognitivo.

São os idosos da comunidade de Vouzela que sofrem mais abusos, com excepção do abuso físico.

A violência exercida sobre os idosos é discriminada pelo género, sendo este mais prevalente entre os idosos do género feminino.

Verificou-se que os abusos físicos, abusos emocionais, negligência e abuso total ocorreram em maior grau nos idosos residentes na cidade. É entre os idosos da aldeia que se denota menor abuso físico, mas os residentes na vila são os que sofrem menos abusos emocionais, negligência, abuso financeiro e abuso total.

Constatamos no nosso estudo, entre outros aspectos, que a totalidade dos inquiridos referiu indícios de abuso emocional, seguido do indicador de negligência.

Tendo como base este contexto defendemos que os enfermeiros devem prevenir esta problemática, intervindo no empowerment das pessoas idosas, realizar campanhas de

---

<sup>1</sup> ACES Dão-Lafões II.

<sup>2</sup> CHC.

<sup>3</sup> ESSV.

<sup>4</sup> Casa de Repouso – Coimbra.

sensibilização assim como formação e educação aos profissionais de saúde e à população em geral.

### **Introdução**

Portugal é um dos países Europeus em que o envelhecimento ocorre mais rapidamente. Em 1960 as pessoas com 65 e mais anos representavam cerca de 8% da população geral, em 1991 passou para 14% e em 2006 para 17,25% (INE, 2008). Esta tendência demográfica não é acompanhada por um necessário investimento planeado no que respeita à rede de equipamentos e serviços, formação dos recursos humanos, promoção da cidadania e aposta na capacidade da estrutura familiar. A perspectiva redutora do fenómeno do envelhecimento tem sido entendido como uma matéria reservada da protecção social e da saúde, sem ser abordado como desafio que exige políticas transversais e integradas.

Esta tendência suscita novos desafios e gera novas necessidades, que urge compreender e acompanhar na dupla vertente do conhecimento e da intervenção, no sentido de promover meios de diagnóstico, acompanhamento e monitorização assim como proceder à definição de soluções e apoio às situações de risco. Para além da disponibilização de uma rede de cuidados adequados é fundamental garantir a dignidade nas idades avançadas, promovendo o envelhecimento activo e a cidadania participativa. Contudo, a reduzida participação social das pessoas idosas, assim como a insuficiente informação sobre a dimensão da cidadania faz com que a problemática da violência nos idosos seja uma constante, facto demonstrado através dos estudos efectuados a nível internacional. A especial vulnerabilidade dos idosos determina por parte dos familiares e entidades prestadoras de cuidados uma responsabilidade acrescida não apenas ao nível da satisfação das necessidades sociais e de saúde mas também ao nível da informação e acompanhamento, neste sentido é fundamental contribuir para tornar mais acessível à população em geral informação sobre os direitos e deveres das pessoas idosas e em particular sobre os seus direitos enquanto clientes dos serviços de saúde permitindo-lhes adoptar uma postura mais esclarecida e reivindicativa perante os serviços.

A garantia dos direitos dos cidadãos mais idosos, como decorre dos princípios da Nações Unidas para as pessoas idosas, é um pressuposto de uma intervenção inclusiva e constitui um escopo fundamental para as sociedades desenvolvidas.



De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os abusos e maus tratos às pessoas idosas constituem um grave problema escondido dos olhares públicos e profundamente subavaliados. Todavia a problemática da violência contra as pessoas idosas estende-se por um conjunto vasto de cenários e implica diversos actores sociais.

Alves (2003) refere que esta problemática, além de ser reconhecidamente um problema de saúde pública é igualmente um problema de direitos humanos, que se prevê aumentar na sua prevalência, devido ao aumento exponencial do número de idosos no mundo industrializado.

Esta situação dificulta o seu conhecimento e, em consequência a eficácia e a efectividade das acções.

Nesta perspectiva considerámos pertinente a realização de um estudo científico centrado na problemática da violência no idoso, tendo em vista aprofundar conhecimentos na referida área, que permitam actuar preventiva e correctivamente, bem como solicitar os contributos dos principais interessados dos sectores público, social, privado e da comunidade científica. Neste sentido o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 evidencia o papel de extrema relevância que assume o sector da saúde, que contempla um eixo de desenvolvimento na área do envelhecimento, através da criação do Programa Nacional para as pessoas idosas.

Tendo consciência de que a denúncia de situações de violência exercida contra as pessoas idosas é sempre difícil, torna-se urgente proceder à recolha de indicadores e realizar o seu estudo, de modo a identificar com maior precisão a dimensão do problema e planear intervenções mais eficazes. Neste contexto propusemo-nos elaborar um trabalho de investigação, versando a temática da violência do idoso inserido na comunidade. Para tal procuramos estudar a influência das variáveis sócio-demográficas e psico-sociais na violência dos idosos na comunidade.

Tendo em conta estes pressupostos e porque a enfermagem desempenha um papel primordial na área da prevenção e da promoção de direitos, surgiu a seguinte questão de investigação:

- Quais os indicadores físicos, emocionais e de negligencia que prevalecem na população em estudo?

Desta questão emergiram os seguintes objectivos:

- Identificar a situação de violência das pessoas idosas nas comunidades estudadas;

- Identificar o tipo de violência contra as pessoas idosas;
- Analisar a problemática nas duas comunidades estudadas.

A pesquisa concretizou-se através de um estudo descritivo, analítico e correlacional e centra-se numa amostra não probabilística acidental constituída por 131 pessoas idosas com mais de 65 anos de idade inscritas nos centros de saúde de Vouzela e S. Martinho do Bispo. Do estudo efectuado destacamos como hipóteses “As pessoas idosas da comunidade de Vouzela sofrem maior violência física, emocional, negligência e abuso financeiro que os idosos residentes na comunidade de São Martinho do Bispo” e “Há relação entre a capacidade cognitiva da pessoa idosa e a violência exercida sobre esta”.

## **1 – Metodologia**

Optámos por um estudo quantitativo (porque pretendemos garantir a precisão dos resultados), descritivo, analítico e correlacional.

Neste tipo de estudo, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações, sendo o seu principal objectivo a descoberta de factores ligados a um fenómeno. Tendo ainda como vantagem que, no decorrer de um mesmo processo, se podem considerar simultaneamente variáveis com vista a explorar as suas relações mútuas.

O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo preciso das variáveis chave, da população alvo e de orientação da investigação, indica o porquê da investigação e orienta o mesmo, neste sentido foram elaborados os seguintes objectivos:

- Identificar a situação de violência das pessoas idosas nas comunidades estudadas;
- Identificar o tipo de violência contra as pessoas idosas;
- Analisar a problemática nas duas comunidades estudadas.

Tendo como base o problema de investigação e os objectivos propostos as hipóteses de investigação em que se orienta o nosso estudo são as seguintes:

Hipótese 1: As pessoas idosas da comunidade de Vouzela sofrem maior violência física, emocional, negligência e abuso financeiro que os idosos residentes na comunidade de São Martinho do Bispo;

Hipótese 2: Há relação entre o género e o tipo de violência exercida;

Hipótese 3: As pessoas idosas do meio rural sofrem mais violência que as do meio urbano.

Neste estudo, pretendemos avaliar em que medida as variáveis independentes influenciam a variável dependente, ou seja, a violência no idoso.

Dahlberg e Krug (2007) referenciam a OMS para descrever violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

A variável dependente, medida através do QEEA (Questions to Elicit Elder Abuse), comporta as seguintes dimensões:

Abuso físico – a mensuração desta dimensão é realizada nas questões 1 a 4 do questionário, qualquer resposta “sim” é indicativa de abuso;

Abuso emocional – avaliado nas questões 5 a 9 do questionário em que a resposta “sim” é indicativa de abuso nas questões 5 a 8; na questão 9 qualquer indicador escolhido que não “Não surgem conflitos”, é igualmente sinónimo de abuso;

Negligencia – medida nas questões 10 a 13 do questionário em que a resposta “sim” é indicativa de abuso nas questões 10 e 11 e a resposta “não” é indicativa de abuso nas respostas 12 e 13;

Abuso financeiro – esta dimensão é avaliada nas questões 14 e 15 sendo que a resposta “sim” é indicativa de abuso.

De forma a melhor conhecer as duas comunidades em estudo, optou-se por realizar uma breve caracterização demográfica das mesmas.

O concelho de Vouzela encaixa-se na Beira Alta, em plena zona de Lafões, distrito de Viseu. Tem uma área de 191,65 km<sup>2</sup>, distribuídos por 12 freguesias. A sede do concelho dista de Viseu 27 km, das Termas de S. Pedro do Sul 7km, de Oliveira de Frades 8km e de Aveiro 66km. Está situada na margem do rio Zela, afluente do Vouga, no cruzamento das estradas que ligam Aveiro e Vilar Formoso.

O concelho é atravessado pela A25, excelente via de comunicação, que liga Aveiro, a Viseu e a Vilar Formoso. Os 11.916 habitantes dividem-se por doze freguesias: Alcofra, Cambra, Campia, Carvalhal de Vermilhas, Fataunços, Figueiredo das Donas, Fornelo do Monte, Paços de Vilharigues, Queirã, S. Miguel do Mato, Ventosa e Vouzela. Esta população possui características predominantemente rurais.

O Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo encontra-se sediado na localidade com o mesmo nome e serve cinco das trinta freguesias que compõem o concelho de Coimbra:

Ameal, Arzila, Ribeira de Frades, Taveiro e S. Martinho do Bispo. Esta população possui características predominantemente urbanas.

O Centro de Saúde de Vouzela apresenta um universo de 12052 inscritos dos quais 2371 (19,7%) são pessoas com 65 ou mais anos de idade (SINUS). Dos 17542 utentes inscritos no Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, 3002 (17,1%) têm idade igual ou superior a 65 anos (EMERIUS).

A população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador. Pelo que a nossa população acessível é, então, a porção de idosos independentes que frequentam dois Centros de Saúde da Região Centro, localizados em meios geográficos e populacionais diferentes: o Centro de Saúde de Vouzela no distrito de Viseu e o Centro de Saúde de São Martinho do Bispo em Coimbra.

De forma geral, os estudos abrangem um universo de elementos vasto, o que torna impossível a sua efectivação na globalidade, pelo que o mais comum e viável é o estudo de uma amostra. O principal elemento a ser tido em conta, na selecção de uma amostra, é a sua representatividade.

A amostra seleccionada para o nosso trabalho foi de um total de 131 idosos, em que 69 frequentaram a consulta de clínica geral do Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo em Coimbra e os outros 62 frequentaram a mesma consulta no Centro de Saúde de Vouzela.

A nossa amostra é não probabilística, accidental, em que os participantes são de fácil acesso e se encontram num local demarcado, neste caso específico nos Centros de Saúde de Vouzela e S. Martinho do Bispo, acrescentando ainda o facto de não terem a mesma oportunidade de serem incluídos no estudo. Estas opções deveram-se essencialmente às condições que tivemos para a realização do estudo.

Consideramos para o presente estudo os seguintes critérios de inclusão: as pessoas idosas, com idade igual ou superior a 65 anos, que não estejam institucionalizados, que frequentam as consultas de clínica geral dos Centros de Saúde acima referidos e que não apresentem défice cognitivo.

O processo de recolha de dados visa colher, de forma sistematizada, a informação pretendida, com a ajuda de instrumentos de colheita de dados.

Este deverá ser operacional, claro e objectivo nos termos que utiliza e fidedigno na informação que dele se possa retirar.

Com base, em documentos de orientação para a recolha de dados em idosos sujeitos a violência e nas características da população a que se destina o presente estudo, utilizámos 3 instrumentos para a colheita de dados. Um teste de avaliação cognitiva, um questionário para a caracterização sócio-demográfica da população em estudo e um teste de identificação de indicadores e sintomas de abuso em idosos.

Deste modo, o instrumento de colheita de dados foi constituído por três partes:

Escala para avaliação cognitiva (MMSE), Caracterização sócio-demográfica da amostra e o Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA).

De acordo com Polit e Hungler (1995) sem ajuda da estatística os dados quantitativos colectados em um projecto de pesquisa constituirão pouco mais do que uma massa caótica de números. Os mesmos autores referem ainda que a estatística por si só não possibilita a interpretação dos resultados, isto significa que o pesquisador deverá estar habilitado para proceder à vinculação entre os resultados obtidos empiricamente e as teorias que possibilitam a generalização dos resultados obtidos.

O método mais adequado para interpretar os dados obtidos em estudos desta natureza é o tratamento estatístico. Nesse sentido foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e analítica, recorrendo para o efeito ao programa informático SPSS 17.0.

## **2 – Resultados**

A técnica estatística por nós utilizada, segundo Polit e Hungler (1995, p.283) *“oferece um meio para se chegar a conclusões acerca da população, a partir de dados de uma amostra”*, ou seja, permite-nos confirmar ou infirmar as hipóteses formuladas.

Hipótese 1 – As pessoas idosas da comunidade de Vouzela sofrem maior violência física, emocional, negligência e abuso financeiro que os idosos residentes na comunidade de São Martinho do Bispo

No intuito de determinarmos a existência de uma relação entre maus tratos nos idosos e comunidade onde habitam efectuamos um teste t para diferença de médias. A tabela 1 expressa que o teste de Levene não apresenta variâncias homogéneas nas subescalas abuso físico e negligência. A mesma tabela revela que os idosos da comunidade de Vouzela apresentam índices médios mais elevados nos abusos emocional, negligência, financeiro e abuso total e menor no abuso físico, mas as diferenças encontradas apenas são significativas

no que respeita ao abuso emocional, negligência, e abuso total. Estes resultados vêm confirmar parcialmente a hipótese formulada, já que são os idosos da comunidade de Vouzela que sofrem mais abusos, com excepção do abuso físico.

**Tabela 1 – Teste t para diferença de médias entre maus tratos no idosos e comunidade onde habita**

Comunidade Variáveis	Vouzela		S. Martinho do Bispo		Levenn (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Abuso físico	0.403	0.999	0.492	0.584	0.198	-0.633	0.528
Abuso emocional	2.500	1.468	1.739	0.917	0.000	3.510	0.001
Negligência	1.145	1.068	0.478	0.815	0.187	4.038	0.000
Abuso financeiro	0.387	0.610	0.289	0.457	0.012	1.023	0.308
Abuso total	4.435	3.346	3.000	1.925	0.002	2.965	0.004

Hipótese 2 – Há relação entre o género e o tipo de violência exercida

O estudo da relação entre o tipo de violência exercida sobre o idoso e o género foi efectuado através do teste t para amostras independentes (tabela 2). Notamos que somente o abuso financeiro apresenta variâncias homogéneas, e que o abuso físico o abuso emocional, a negligência e o abuso total é maior no género feminino que no masculino sendo o valor de t explicativo para todas as subescalas. Confirma-se assim a hipótese que a violência exercida sobre os idosos é discriminada pelo género, sendo este mais prevalente entre os idosos do género feminino.

**Tabela 2 – Teste t para diferença de médias entre maus tratos nas pessoas idosas e género**

Género Tipos de Abuso	Masculino		Feminino		Levenn (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Abuso físico	0.168	0.469	0.641	0.925	0.000	-3.829	0.000
Abuso emocional	1.603	0.839	2.435	1.391	0.000	-4.260	0.000
Negligência	0.509	0.668	0.987	1.133	0.003	-3.027	0.003
Abuso financeiro	0.452	0.502	0.256	0.545	0.079	2.089	0.039
Abuso total	2.735	1.482	4.320	3.241	0.000	-3.775	0.000

### Hipótese 3 – As pessoas idosas do meio rural sofrem mais violência que as do meio urbano

Uma questão que no decurso do trabalho se foi colocando diz respeito à influência do meio na violência das pessoas idosas. No intuito de estudarmos essa relação, efectuamos o teste de, Kruskal-Wallis cujos resultados se apresentam na tabela 3. Verifica-se pelas ordenações médias que os abusos físicos, abusos emocionais, negligência e abuso total ocorrem em maior grau nos idosos residentes na cidade. É entre os idosos da aldeia que se denota menor abuso físico, mas os residentes na vila são os que sofrem menos abusos emocionais, negligência, abuso financeiro e abuso total. As diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas o que infirma a hipótese formulada.

**Tabela 3 – Teste de Kruskal-Wallis entre maus tratos na pessoa idosa e a comunidade onde habita**

Comunidade Tipos de Abuso	Aldeia	Vila	Cidade	Qui quadrado	p
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Abuso físico	63.69	68.06	81.30	1.847	0.397
Abuso emocional	68.81	59.60	85.50	3.844	0.175
Negligência	69.00	59.18	86.60	4.179	0.124
Abuso financeiro	67.40	64.14	62.70	0.402	0.818
Abuso total	68.36	59.50	93.40	4.480	0.106

Após a apresentação dos principais resultados torna-se pertinente mostrar as principais conclusões do trabalho.

#### Conclusões

De acordo com a organização mundial de saúde, os abusos e maus tratos às pessoas idosas constituem um grave problema social escondido dos olhares públicos e profundamente subavaliado. Contudo a problemática da violência contra as pessoas idosas estende-se por um conjunto vasto de cenários e implica diversos actores sociais.

Constatamos no nosso estudo, entre outros aspectos, que a totalidade dos inquiridos referiu indícios de abuso emocional, seguido do indicador de negligência, existindo relação entre a capacidade cognitiva da pessoa idosa e a violência exercida sobre esta.

A maioria dos inquiridos é do género feminino nas duas regiões em estudo, com maior incidência na região de Vouzela (67.7%), casados (54.2%) e a idade oscila entre os 65 e os 90 anos.

O local de residência dos inquiridos situa-se maioritariamente nas aldeias; 71.0% na região de Vouzela e 47.8% na região de S. Martinho do Bispo. 58.0% dos inquiridos é analfabeto ou tem habilitações literárias inferiores à 4ª classe.

Ao nível cognitivo os idosos mais jovens apresentam melhor avaliação cognitiva, decrescendo esta com a idade.

São os idosos da comunidade de Vouzela que sofrem mais abusos, com maior expressão no abuso emocional.

Os abusos físico, emocional, a negligência e o abuso total são maiores no género feminino que no masculino o que confirma a hipótese da relação entre o género e o tipo de violência.

Neste estudo também se verifica que os abusos físicos, emocionais e negligência ocorrem em maior grau nos idosos residentes na cidade.

Concluiu-se que existe uma relação entre a capacidade cognitiva da pessoa idosa e a violência exercida sobre esta, com a excepção do abuso financeiro. Notámos ainda que a maior influência da capacidade cognitiva na violência dos idosos se nota nos abusos emocionais.

Os abusos físicos, emocionais, negligência e abuso total são menores entre os idosos com idades compreendidas entre os 65-68 anos. Já a negligência é maior entre os idosos de 69-72 anos.

Estas conclusões vêm confirmar o que a nossa experiência profissional nos tem demonstrado no dia-a-dia. Ou seja existe violência nos variados domínios contra a pessoa idosa, como tal os profissionais de saúde, muito em especial os enfermeiros têm de ser sensibilizados para que esta problemática se esbata ou seja abolida na sua comunidade. Acreditamos que o enfermeiro tem um papel preponderante ao nível da prevenção da violência na pessoa idosa porque é detentor de conhecimentos e competências que lhe permitem intervir na comunidade de forma a realizar diagnóstico de situação, planeamento e avaliação dos principais indicadores desta problemática.

Desta forma pensamos ter atingido os nossos objectivos na medida em que conseguimos identificar a situação e o tipo de violência nas pessoas idosas. Contudo foi um



trabalho em que tivemos algumas dificuldades em obter resultados de estudos idênticos na medida em que a violência na pessoa idosa ainda é um tema que necessita de ser explorado e trabalhado por todos os profissionais de saúde.

Temos a convicção que o papel das instituições de ensino superior, em especial as Escolas Superiores de Enfermagem não podem ficar alheias ao problema da violência na pessoa idosa, para tal propõe-se a formação de recursos humanos para lidar com os problemas específicos de violência e actuando em pesquisas de carácter estratégico, para que haja impacto positivo sobre o problema tratado a partir de diagnósticos efectuados.

Também a criação de uma rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implementação de núcleos de prevenção da violência da pessoa idosa em cada concelho, poderia ser uma mais-valia, como já acontece no Brasil.

Em suma é extremamente importante que cada concelho promova o diagnóstico sobre o impacte da violência sobre a pessoa idosa de forma a serem fundamentadas todas as intervenções.

Para tal a identificação das diversas formas de violência requer a intervenção interdisciplinar e a atenção dirigida para os sinais da sua ocorrência, ou seja os profissionais de saúde devem estar atentos aos indícios que poderão ser indicadores de maus-tratos como sejam certos tipos de lesões e ferimentos frequentes, aparência descuidada, desnutrição comportamento agressivo ou apático, afastamento isolamento, tristeza e absentismo às consultas.

Acreditamos que é possível prevenir a violência. Para tal a saúde publica desempenha um papel fundamental devendo ter uma abordagem interdisciplinar.

Assim a saúde pública mais do que simplesmente aceitar ou reagir à violência, deve ter como ponto de partida a convicção de que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidos e evitados.

A violência é o resultado da complexa interacção dos factores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Compreender como esses factores estão relacionados com a violência é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência.

Em suma, o trabalho por nós realizado sugere a importância de se estender a outras comunidades de modo a estudar a violência na pessoa idosa.

Dos dados obtidos, parecem estar em maior risco de abuso as pessoas com mais idade, o género feminino e pessoas com menor avaliação cognitiva. Assim, importará conhecer mais sobre as condições de ocorrência da violência, substanciando-a, recolhendo e explorando episódios de violência, para que o estudo neste domínio não seja só um conjunto de descrições de ocorrências onde se cruzam necessariamente múltiplas variáveis mas também, uma tarefa activa de compreensão do comportamento humano.

### **Referências bibliográficas**

- ALVES, José Ferreira - **Factores de risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos** [em linha]. [consult. 11 Setembro 2008]. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4423/3/abuso%20e%20neglig%C3%Aancia%20-%20ciencias%20criminais.pdf>
- ALVES, José Ferreira - **Saúde mental e maus tratos a idosos**. Comunicação apresentada nas / *Jornadas de Saúde Mental no Idoso*. Porto, 2003
- DAHLBERG, Linda L., KRUG, Etienne G. - **Violência: um problema global de saúde pública**. *Ciência & Saúde Coletiva*, nº 11 (2007), p.1163-1178
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. 2004
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **O País em números**. Informação estatística 1991 – 2006. Versão 4.0 (CD-ROM). Lisboa, 2008.
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-X

## O consentimento informado na administração de componentes sanguíneos

Geraldes, Ana Maria; Rebelo, Ana Teresa; Assunção, António; Bonifácio, Célia; Santos, Manuela

### Introdução

Há largos anos que os enfermeiros se preocupam com a documentação resultante do processo de prestação de cuidados de enfermagem, já Florence Nightingale referia no século XIX, que é importante documentar os achados sobre o doente e sobre a prestação de cuidados (GOOSSEN, 2000).

A administração de componentes sanguíneos acarreta riscos acerca dos quais a pessoa deve ser informada e dar o seu consentimento. A pessoa tem direito à informação acerca da índole, do alcance, da envergadura e das consequências dos tratamentos que lhe são propostos. A lei de base XIV, intitulada “Estatuto dos Utentes” refere no ponto b) “Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei”. Cabe aos profissionais de saúde zelar pela correcta informação ao doente.

O Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB); E.P.E. está a desenvolver um processo de acreditação e verificou-se que nem todas as requisições de componentes sanguíneos eram acompanhados pelo Consentimento Informado (CI).

Um estudo foi iniciado pela Equipa dos Direitos do Doente e da Família do CHCB, EPE em Dezembro de 2006, e decorreu até Junho de 2007. No final de cada mês procurou-se averiguar o envio do CI em anexo as requisições dos componentes sanguíneos.

Em Dezembro verificou-se que se recebiam requisições sem CI, pelo que, houve necessidade de sensibilizar os médicos para o correcto preenchimento e envio do CI. Como medida de implementação, a partir de Janeiro 2007 as requisições que não fossem acompanhadas pelo CI eram devolvidas, excepto as requisições Urgentes, Emergentes e da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Após sensibilização e transmissão de informação aos médicos o CI é preenchido correctamente pelo médico e assinado pelo doente ou seu representante legal. Desde Junho de 2007 alcançou-se o objectivo inicialmente definido, isto é, a implementação do CI é superior a 95% no CHCB E.P.E.

No entanto para a obtenção de um processo de creditação é necessária uma avaliação contínua do fenómeno, assim neste estudo foi avaliado a manutenção do envio do CI em

anexo as requisições dos componentes sanguíneos num período de 01/03/2010 a 31/03/2010.

A Administração de Componentes Sanguíneos acarreta riscos acerca dos quais a pessoa deve ser informada e dar consentimento. A lei de base XIV, intitulada “Estatuto dos Utentes” salvaguarda o utente no ponto b) “Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados proposta, salvo disposição especial da lei”. Segundo as Normas de Acreditação da Joint Commission International o CI do utente é obtido através de um processo definido pela organização, realizado por profissionais com formação.

O consentimento é um processo contínuo e não uma decisão vinculativa e irrevogável. Por um lado, se houver um intervalo significativo entre momento do consentimento do paciente e o início da intervenção, o consentimento deve ser reafirmado. Neste espaço de tempo o paciente pode ter mudado de opinião ou pode ter havido desenvolvimentos clínicos ou técnico-científicos. É importante que ao paciente seja dada a possibilidade de colocar novas questões e de reponderar e rever a sua decisão.

Por outro lado, se o doente for submetido a intervenções diversas – de diagnóstico ou de terapêutica – com autonomia relativamente aos riscos que comportam e às esperanças que permitem, cada uma das intervenções merece um procedimento separado de informação e de consentimento. O bom senso e juízo técnico do médico são as únicas garantias da boa aplicação destas regras aos casos concretos (OLIVEIRA,Guilherme; PERERA, André Dias – Consentimento Informado, 2006)

Segundo a norma PFR.9 da Joint Commission, “...o Consentimento Informado do doente é obtido através de um processo definido pela organização e realizado por profissionais com formação” (Joint Commission International Normas de Acreditação para Hospitais). Na mesma linha de orientação, a Equipa dos Direitos do Doente e da Família do CHCB, EPE, “O médico que prescreve ao doente uma transfusão de sangue, e/ou produtos hemoderivados explica a necessidade desta terapêutica, os riscos, benefícios e alternativas, certifica-se da compreensão junto do doente, que dará o seu consentimento de forma livre e esclarecida”.

Desta forma o objectivo desta investigação é Analisar a implementação do Consentimento Informado (CI) na administração de componentes sanguíneos.

Segundo ADEBO (1974), um problema de investigação é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação. Para DIERS (1979) é um desvio entre a situação actual e a situação tal como deveria ser.

De acordo com FORTIN (2003., p.51), «uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.» Ainda segundo FORTIN (ibid.), «uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações.» Desta forma e tendo em conta o que foi dito, a questão de investigação formulada para esta investigação é a seguinte:

Será que as Requisições de Componentes Sanguíneos são acompanhadas pelo CI bem preenchido?

### **Material**

Contabilização e verificação das requisições de componentes sanguíneos acompanhadas pelo consentimento informado. A verificação passa por se certificar da correcta preenchimento das do consentimento informado anexado às requisições de administrações de componentes sanguíneos.

### **Métodos**

O estudo foi definido como um estudo descritivo analítico, em virtude de se considerar como o mais adequado ao problema proposto a investigar e ao tempo e recursos disponíveis para a investigação. Segundo GIL (1989), a investigação descritiva tem como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno e estabelecimento de relações entre as variáveis.

Para ALMEIDA & FREIRE (2000), a investigação descritiva, é aquela que observa, descreve e explora, encontra-se dividida em: estudos transversais, longitudinais, exploratórios, pesquisa de opinião e pesquisa de acção.

Contudo segundo FORTIN (2003) o desenho descritivo pode servir para descrever fenómenos e encontrar relações entre variáveis, muitas vezes este tipo de estudo é utilizado quando as variáveis foram já determinadas num nível precedente a este, não tendo sido no entanto estudadas em relação a outras variáveis em populações diferentes. Desta forma para FORTIN (id, p.138) «são estabelecidas as relações entre as variáveis a fim de dar uma imagem completa do fenómeno estudado (...) distingue-se o estudo de um fenómeno, o estudo de uma população e o estudo de caso.» Segundo GIL (1999), os objectivos principais da investigação descritiva é respectivamente a descrição das características comuns de uma

determinada população ou fenómeno que estabelece a relação entre as variáveis em questão.

A análise será quantitativa pois, tal como referem POLIT & HUNGLER (1995), permite a manipulação de dados mensuráveis, através de procedimentos estatísticos, com o objectivo de descrever fenómenos ou avaliar a magnitude e a contabilidade das relações entre eles. Permite também o tratamento dos dados através de procedimentos estatísticos como inquéritos com o objectivo de analisar determinados fenómenos e contabilizar a relação entre eles.

A análise será também qualitativa uma vez que são verificado o preenchimento do consentimento informado anexado às requisições de administração de componentes sanguíneos. Isto significa que é verificado se cada impresso se encontra com todos os seus itens preenchidos.

Segundo FORTIN (2003, p.102) «tal como a questão de investigação, a hipótese inclui as variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação a realizar.» O termo variável é aplicado num contexto das aplicações de medida, este é um conceito utilizado em acção durante uma investigação. Assim sendo as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos de pessoas ou de situações, que são estudadas durante uma investigação (FORTIN, 2003).

A variável dependente é a variável que sofre o efeito esperado, ou seja a resposta ou o resultado observado após a interacção da variável independente. Desta forma esta variável é muitas vezes chamada de «variável crítica» ou de «variável explicada» (FORTIN 2003). No estudo em questão a nossa variável dependente é o Consentimento Informado.

Segundo LAKATOS & MARCONI (1991, p.172), a variável independente «é aquela que influencia, determina ou afecta uma outra variável; é factor determinante, condição ou causa para certo resultado, efeito ou consequência; é o factor manipulado (geralmente) pelo investigador, na sua tentativa de assegurar a relação do factor com um fenómeno observado ou a ser descoberto, para ver que influência exerce sobre um possível resultado. Neste estudo de investigação as nossas variáveis independentes são:

- Bem preenchidos,
- Mal preenchido,
- Não apresenta CI ou não está preenchido.

Estas variáveis foram analisadas mediante uma escala de likert de três níveis: Bem preenchidos, Mal preenchido, Não apresenta CI ou não está preenchido.

População é definida como sendo “toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios.” (POLIT & HUNGLER, 1995). Ainda para FORTIN (2003), esta define população como sendo o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação. Para este desenho desta investigação, a população foi definida como a totalidade de todas as requisições de administração componentes sanguíneos, emitidas durante o mês de Março de 2010 no CHCB, e que perfizeram um total de 100 requisições.

Operacionalização das variáveis:

- CI bem preenchido: A requisição dos hemoderivados é acompanhada pelo CI, este encontra-se preenchido com a identificação completa do doente; a assinatura do médico legível, assinatura do doente ou do seu representante legal, e indicado de forma esclarecida o tipo de componente a administrar.
- CI mal preenchido: a requisição vem acompanhada pelo CI, mas este não apresenta os campos devidamente preenchidos.
- Não apresenta CI ou não está preenchido.

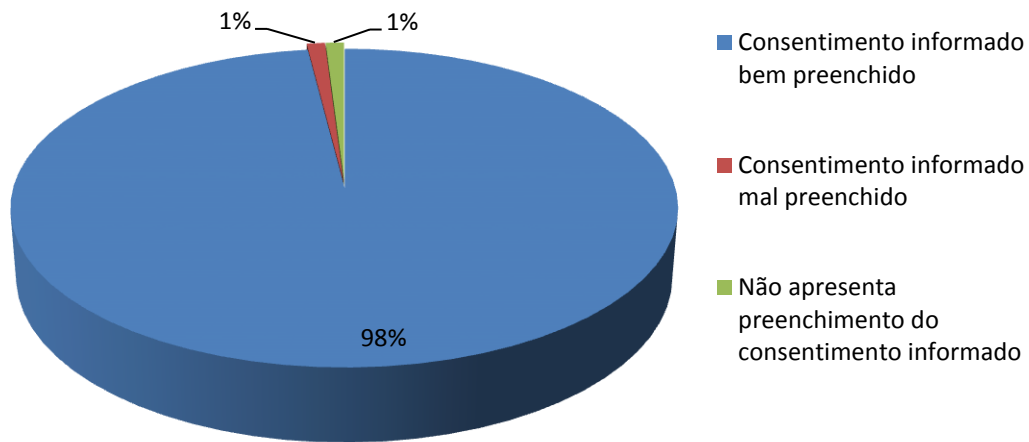
## Resultados

Após recolha de dados de 01/03/2010 a 31/03/2010, foram obtidos os resultados:

Requisições	Numero
CI bem preenchido	98%
CI mal preenchido	1%
Não apresenta CI ou não está preenchido	1%

Numa população de 100 Requisições de Componentes Sanguíneos, foi analisada toda a população, sem margem de erro.

## Preenchimento das Requisições de Consentimento Informado



### Discussão

Assim sendo podemos considerar que o consentimento informado na administração de componentes sanguíneos teve um taxa de 98% de sucesso em relação ao estudo anteriormente mencionado feito em 2007 que obteve uma taxa de 95% o que significa que o consentimento informado tem sido cada vez mais valorizado.

Segundo SERRÃO (1996) existem três componentes fundamentais do consentimento informado:

I. **Competência e Voluntariedade:** a competência é uma componente fundamental para o consentimento informado. Tal como refere SERRÃO (1996) o doente deve estar capacitado, ter “competência” para tomar decisões, tanto no plano físico como mental, esta é uma exigência básica e o profissional deve assegurar-se de que está em presença de uma pessoa com capacidade de discernimento, mesmo que tenha períodos de perda transitória dessa competência, para julgar e decidir. Relativamente à voluntariedade, esta refere-se à liberdade de decisão, ou seja, o indivíduo tem que estar livre da acção de qualquer influência, seja ela de carácter interno, de que são exemplos a dor, sofrimento, ou efeito da medicação, ou de carácter externo, tal como a existência de elementos manipuladores ou coercivos.

II. **Comunicação da Informação, Recomendação e Compreensão:** este elemento é essencial para o processo de obtenção do consentimento informado. Se não houver uma



informação adequada, não se pode considerar que houve um consentimento informado. A informação e o consentimento encontram-se emparelhados, o que significa que, um não pode existir sem o outro. A informação tem de ser sincera e verdadeira, e transmitida de forma personalizada, ou seja através da utilização de uma linguagem acessível e adaptada a cada indivíduo, e num clima de afecto e de compreensão. Deve ser dispensada a utilização de termos demasiadamente técnicos, sem olvidar a necessária explicação sobre os riscos mais prováveis de ocorrência de complicações e os malefícios decorrentes da recusa do consentimento. Tudo isto, evitando assumir qualquer atitude tendenciosa que possa exercer algum tipo de coacção. Posto isto é necessário assegurar que o doente compreendeu verdadeiramente a informação que lhe foi transmitida, e permitir o esclarecimento de qualquer dúvida ou questão remanescente. É ainda necessário salientar que existem algumas particularidades em que a comunicação da informação pode ser claramente nociva e prejudicial para o doente. Exemplo disso, serão doentes com algumas patologias do foro psiquiátrico ou cardíaco, assim, e de acordo com o “privilégio terapêutico”, pode ser-lhes omitida parte ou a totalidade da informação. Obviamente, se o doente expressar a sua vontade em não ser informado, o seu desejo deverá ser respeitado.

III. Decisão e Autorização: no que concerne à forma do consentimento, refere SERRÃO (1996) que, a regra é a de que deve revestir a forma adequada à importância e ao risco da decisão. Assim, nos casos simples, basta a forma oral, nas situações já mais difíceis, deve ser dado por escrito; nos casos mais graves e de alto risco o consentimento deve ser escrito, deve ser expresso, ou seja referir exactamente para que procedimento médico está a ser dado e, ainda testemunhado, devendo as testemunhas confirmar que o consentimento é dado em perfeita liberdade, sem coacção nem de médicos nem de instituições. Relativamente à distância temporal entre o consentimento e o acto objecto de anuência, é consensual que deverá ser curta, porém tem de ser a suficiente para que a decisão seja voluntária, reflectida e esclarecida.

O dever da informação está sempre aliado ao consentimento informado, por isso, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina enuncia como uma regra geral que «qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento,

revogar livremente o seu consentimento», ou seja, independentemente de ser escrito ou oral, o consentimento não é definitivo e, em qualquer momento, quem autorizou pode dizer que afinal não quer o que lhe foi proposto.

Na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, sob o título «Direito à integridade do ser humano», afirma-se que no «domínio da Medicina e da Biologia, devem ser respeitados, designadamente: o consentimento livre e esclarecido da pessoa, nos termos da lei».

No Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, prescreve-se que «no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de Enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter».

Atentemos na afirmação «no respeito pelo direito à autodeterminação»: pode entender-se que tal significa o respeito pelo princípio da autonomia e considerá-lo não em termos absolutos, mas como um valor, como algo que deve ser protegido, apoiado e promovido, já que se enraíza na liberdade individual e no respeito pelas decisões que cada um toma acerca de si, conquanto sejam livres e esclarecidas.

Em síntese do analisado e comentado, em relação ao exposto no Código Deontológico do Enfermeiro, revela-se que a eficácia do consentimento informado surge submetida a condições ou requisitos:

- I. Competência e capacidade para decidir, pois que o consentimento informado deve ser o acto de uma pessoa competente;
- II. Informação correcta, necessária para realizar uma escolha, em veracidade;
- III. Validação da compreensão da informação fornecida, ou seja, a pessoa deve ser informada e compreender a informação dada para fazer a sua escolha – pressupõe-se, assim, a formação de uma vontade esclarecida;
- IV. Liberdade para decidir, ou seja, voluntariamente, sem coacção externa.

Assim, a escolha da pessoa (consentimento ou dissentimento) é o último passo depois da informação e validação da mensagem, para que o utente possua a informação e se sinta livre para decidir.

Na nossa lei penal, afirma-se que o consentimento «pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido» e pode ser livremente revogado até à execução. Este só é eficaz se prestado por quem tiver, além de mais de 14 anos, o discernimento necessário e estiver devidamente esclarecido. Em síntese, o consentimento pode ser explícito ou implícito, presumido (quando não estão reunidas condições para obtenção de consentimento e não existem dados objectivos e seguros que a pessoa se oporia ou quando a obtenção do consentimento implicar adiamento que represente perigo para a vida ou perigo grave), oral ou escrito.

No entanto o consentimento informado tem algumas especificidades é de realçar que o consentimento escrito está especificamente previsto para algumas situações em que os requisitos formais devem ser cumpridos – é o caso dos ensaios clínicos, da interrupção voluntária de gravidez, da procriação medicamente assistida, da colheita de órgãos e tecidos em dadores vivos para fins de transplante, da electroconvulsivoterapia e do tratamento autorizado de dados pessoais relativos ao estado de saúde.

Tenha-se igualmente, em conta que existem excepções ao consentimento, designadamente:

1. Por incompetência ou incapacidade (menoridade, inabilitação – o caso de pessoas com anomalia psíquica, inconscientes, incapazes de consentir ou de expressar vontade – ou interdição);

2. Em situações de urgência - «sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa» (Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina);

3. Em situação de «privilégio terapêutico» - uma salvaguarda do dever de esclarecimento, prevista no Artigo 157.º do Código Penal, «salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo utente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde física ou psíquica».

Assim, o respeito pela autonomia leva à aceitação da vontade da pessoa informada – seja aceitar (consentir) ou recusar (dissentir) a proposta de intervenção e/ou cuidados,

querer dar consentimento sem ser informado ou não querer ser informado, porque cada pessoa tem esse direito, quando essa for a sua vontade expressa, em querer segunda opinião, em pretender que as informações sejam dadas a terceiros. O respeito pela autonomia da pessoa implica também o respeito pela sua decisão de ser substituída na decisão, e o conseqüente respeito pela decisão do substituto que o cliente indicar.

Assim sendo temos de considerar o consentimento presumido, consentimento presumido é a vontade que o paciente provavelmente manifestaria se estivesse consciente ou tivesse capacidade de discernimento. O consentimento presumido é importante para os casos em que o paciente está inconsciente ou por outra razão incapaz de consentir, sendo a intervenção urgente, ou no caso de alargamento do âmbito da operação. A vontade hipotética que se busca respeitar é a vontade do paciente e não a do representante legal; por isso, o consentimento presumido interessa ainda mais quando o paciente não tem representante legal, ou ele não está presente.” Assim quando nos obtemos 1% em que não apresenta CI ou não está preenchido neste campo também se enquadram o consentimento presumido de doentes urgentes.

No que se refere à investigação, reforçando a importância conferida aos aspectos relacionados com a autonomia e o consentimento, destacam-se o enunciado de posição sobre investigação (1999) e as directrizes éticas para a investigação em Enfermagem do International Council of Nurses (1996, actualizadas em 2003), bem como a tomada de posição sobre investigação em ENFERMAGEM DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006).

Mas o consentimento informado é válido durante quanto tempo? O consentimento é um processo contínuo e não uma decisão vinculativa e irrevogável. Por um lado, se houver um intervalo significativo entre momento do consentimento do paciente e o início da intervenção, o consentimento deve ser reafirmado. Neste espaço de tempo o paciente pode ter mudado de opinião ou pode ter havido desenvolvimentos clínicos ou técnico-científicos. É importante que ao paciente seja dada a possibilidade de colocar novas questões e de reponderar e rever a sua decisão. Por outro lado, se o doente for submetido a intervenções diversas – de diagnóstico ou de terapêutica – com autonomia relativamente aos riscos que comportam e às esperanças que permitem, cada uma das intervenções merece um procedimento separado de informação e de consentimento. O bom senso e juízo técnico do médico são as únicas garantias da boa aplicação destas regras aos casos concretos.

## **Conclusão**

Actualmente é inequívoco o direito de qualquer cidadão à sua autodeterminação. Também no âmbito da saúde, é reconhecido ao doente o direito a decidir sobre os tratamentos aos quais se deseja submeter, após ser informado de forma completa, real e esclarecedora pelos profissionais de saúde. Esta decisão, que deve ser reflectida, e que resulta da combinação da informação obtida com os valores individuais, denomina-se consentimento informado. Todavia, para ser assim considerado há alguns elementos fundamentais que têm de estar presentes. Há no entanto algumas variantes excepcionais a ter em conta. O consentimento informado, é afinal, o exercício do princípio da autonomia.

O consentimento/dissentimento deve ser o acto de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo. Por princípio, a pessoa com mais de 14 anos poderá consentir, de acordo com a legislação em vigor – no entanto, a competência, no sentido da capacidade para tomar decisões, poderá variar com a decisão a ser tomada, implicando muitas vezes, a necessidade de determinação do nível de competência dos utentes para consentir ou recusar tratamento, com o objectivo de os proteger de eventuais decisões que possam tomar e que não sejam do seu melhor interesse. O julgamento sobre a competência de uma pessoa permitirá distinguir aquelas cuja decisão deverá ser respeitada das que necessitarão de ser substituídas na decisão por representante legal.

Estamos agora em condições de dar resposta à questão de investigação: Será que as Requisições de Componentes Sanguíneos são acompanhadas pelo CI bem preenchido? Conclui-se que a maioria (98%) das Requisições de Componentes Sanguíneos é acompanhada pelo Consentimento Informado e bem preenchidas, assim CHCB encontra-se apto para certificação. Após este estudo podemos verificar que o consentimento informado tem sido cada vez mais uma preocupação para os profissionais do CHCB. No entanto como em qualquer estudo este estudo possui limitações.

### **Limitações do estudo:**

Neste estudo não foi tido em consideração que as requisições de Componentes Sanguíneo que não se encontravam acompanhadas pelo Consentimento informado fossem derivadas do consentimento presumido, Pois, ao abrigo art. 39º Código Penal, o “consentimento presumido” é a vontade que o paciente provavelmente manifestaria se

estivesse consciente ou tivesse capacidade de discernimento. A vontade hipotética a respeitar é a vontade do paciente.

Também não foi tido em consideração o intervalo de tempo desde a assinatura do CI e a Administração de Componentes Sanguíneos, não foi tido em conta, uma vez que é um processo contínuo e não uma decisão irrevogável. O utente pode mudar de opinião. O trabalho não se dá por concluído. A procura da qualidade e excelência é constante e progressiva, logo a avaliação dos resultados é e deverá ser contínua. As requisições e respectivos Consentimento Informado continuarão a ser examinados atentamente pois pretendemos melhorar os cuidados prestados aos serviços requisitantes de componentes sanguíneos e aos utentes que deles necessitam.

### **Referências bibliográficas**

- ALMEIDA, L.S.; FREIRE, T. – Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação. s.e. Braga: Psiquilibrios, 2000.
- ADEBO, E. O. – «Identifying problems for nursing research»: in. International Nursing Review, Nº21, Ano 1974, p 53, 54, 59
- DIERS, D – Research in nursing practice. S.e. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1979.
- FORTIN, Marie-Fabienne – O Processo de Investigação da concepção à realização, 3ª edição, Loures, Lusociencia, 2003.
- GIL, António Carlos – Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 2ª. Edição, São Paulo, Editora Atlas, 1989.
- GIL, António Carlos - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4ª. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.
- GOOSSEN, W – Towards strategic use of nursing information in the Netherlands. Northern Center for Healthcare Research, 2000.
- OLIVEIRA,Guilherme; PERERA, André Dias – Consentimento Informado, 2006
- ORDEM dos Enfermeiros – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.
- POLIT, D. F,; e HUNGLER, B.P. - Nursing research: Principles and methods, 4ª edição, Philadelphia: J. B. Lippincott Co, 1995
- SERRÃO, Daniel – Consentimento Informado. In: ARCHER, L. et al. Lisboa: Editorial Verbo, 1996.

## O idoso com acidente vascular cerebral e as alterações na dinâmica familiar

Lopes, M.<sup>1</sup>, Dionísio, R.<sup>2</sup>, Pinto, J.<sup>3</sup> & Chaves, C.<sup>4</sup>

**Resumo:** Numa perspectiva sistémica abordámos a exploração da temática a família de um idoso com AVC (Acidente Vascular Cerebral). Reflectir sobre a família, conhecer os seus anseios e a sua situação foram processos para uma maior consciencialização dos problemas sociais que a afectam.

Sendo a família, geralmente a 1.ª instituição que recorremos para garantir o suporte social indispensável à reinserção e reabilitação do doente enquanto célula da solidariedade interpessoal, a mesma é um parceiro essencial na acção do enfermeiro, bem como de outros profissionais de saúde.

É um estudo descritivo e de carácter exploratório no qual foi utilizada como técnica de recolha de informação a entrevista, semi-estruturada, tendo como metodologia base o questionamento circular. A amostra que esteve na base do mesmo foi constituída por dez famílias com idoso portador de AVC pertencentes ao Distrito de Viseu.

Utilizámos como técnica do tratamento da informação a descrição do relato conseguido através das famílias.

O aparecimento do AVC no idoso conduz inevitavelmente a transformações na dinâmica familiar e o aparecimento de uma situação de doença gera inevitavelmente uma crise a nível individual e familiar.

Novos sentimentos e preocupações são despoletados, novas decisões têm de ser tomadas, e as prioridades podem ter que ser alteradas. Este é um período de perturbação emocional em que a coesão da família muitas vezes apresenta oscilações. Constata-se uma restrição da rede social pessoal mais por parte do casal de idosos. É comum existirem quadros de ansiedade e stress conduzindo à perturbação da harmonia do casal.

Nos elementos mais jovens das famílias existe uma perturbação do processo normal de individuação.

---

<sup>1</sup> Hospital S. Teotónio, EPE.

<sup>2</sup> ACES Dão – Lafões II.

<sup>3</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

<sup>4</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu.

O presente estudo reveste-se de interesse, para quem queira explorar a temática e retirar daqui elementos para reflexão, da abordagem sistémica da família de um idoso com AVC.

**Palavras-chave:** Dinâmica familiar; Idoso; Acidente Vascular Cerebral

## **Introdução**

A complexidade inerente a um mundo em transformação traz, aos profissionais de saúde, a necessidade de uma formação adaptada a esta evolução. Para dar resposta a estas mudanças é necessário o domínio de um saber e de competências específicas para a compreensão de um mundo em transformação.

A formação não se limita à aprendizagem inicial, é fundamental insistir nela ao longo de toda a vida. Por acreditarmos que a formação é o catalisador da sociedade em mudança e pelo facto dos autores deste trabalho exercerem a actividade profissional no serviço de urgência e nos cuidados de Saúde Primários, torna possível o contacto muito frequente com a família de idosos com AVC.

Aliado a este facto, o envelhecimento progressivo da população e um aumento do número de doentes dependentes, são realidades da nossa sociedade a exigirem profundas mudanças organizacionais qualitativas do serviço de saúde.

Assim, as transformações sociais em curso exigem novos desafios aos profissionais de saúde nos seus locais de trabalho. Com base nestes pressupostos acreditamos que a família pode e deve mover-se para um estado de inquietação criativa, na qual o que são realidades adquiridas possam ser substituídas por uma busca de novos caminhos.

Estamos de acordo com JAMES CASEY no prefácio à sua “História da Família”; o tema da família é ao mesmo tempo atraente e perigoso, na medida em que todos “sabemos” o que é a família, como funciona, mas as suas características tendem a diluir-se na sua grande familiaridade.

Com base na reflexão sobre este paradoxo a abordagem sistémica, ganha espaço e utilidade conceptual e pragmática. Neste modelo a família é vista, como um sistema, assim como o indivíduo. Sendo, a família restrita ou alargada, o meio onde se realizam as primeiras experiências de socialização na qual se vive uma circularidade permanente de emoções e afectos.

Como refere RELVAS (2000, p. 16), estamos perante um novo modelo interdisciplinar e um novo paradigma da ciência em que a terapia familiar baseou a sua noção de sistema



como “um conjunto de unidades em inter-relação mútuas que incluem simultaneamente, função e estrutura”.

ALARCÃO (2000), de acordo com HALL e FAGEN diz que um sistema é entendido como um conjunto de objectos, em que temos de considerar não apenas as relações que se estabelecem entre esses objectos (como elementos constituintes do sistema) mas, também, os seus atributos (ou características) ou seja, o conjunto tem que ser compreendido, não como simples adição de X elementos, mas na relação (interdependência) que se estabelece entre eles e em determinado contexto. É desta forma que a mesma autora conclui que a família pode ser considerada um sistema pois, tal como em qualquer outro, também ela é composta por objectos e respectivos atributos e relações: também contém sub-sistemas (unidades mais pequenas), com as mesmas propriedades do sistema; e está inserida num meio com o qual decorrem traços permanentes, que engloba sistemas e sub-sistemas interligados entre si numa relação vertical (supra-sistema); a existência de limites ou fronteiras (posteriormente analisadas no nosso trabalho) que a distinguem do seu meio também faz com que a família seja encarada como um sistema.

Privilegamos o modelo sistémico para a leitura e construção da realidade na medida em que o sentimos como útil, para o estudo de uma realidade onde nós próprios estamos também envolvidos- O Idoso com AVC (Acidente Vascular Cerebral) e as alterações na dinâmica familiar.

Deste modo, e tendo em conta a temática que pretendemos desenvolver elaboramos a seguinte questão: Será que o tipo de relação familiar, o tipo de comunicação, o nível sócio-económico, o nível de dependência, o tempo em que o idoso é portador da doença, a idade e o número de elementos do agregado familiar provocam transformações no meio familiar?

Face à grande questão de investigação pretendemos com este estudo, conhecer as mudanças ocorridas na dinâmica familiar em que se encontra inserido um idoso portador de AVC, e identificar as transformações ocorridas nas relações familiares perante a presença de um idoso com AVC.

### **Metodologia**

A investigação dá um grande contributo para que todos os profissionais tornem a prática menos tradicional e empírica e a transformem numa prática cada vez mais científica.

Com este estudo pretendemos conhecer o tipo de mudanças ocorridas na família em que se encontra inserido um idoso portador de Acidente Vascular Cerebral e Identificar as

transformações ocorridas nas relações familiares: Optamos assim por fazer um estudo de natureza qualitativa.

Para PARSE (1987, p. 145), “um estudo qualitativo estuda a experiência humana, tendo em conta a descoberta dos significados dessa mesma experiência”.

Também BENJUMEA (1992, p. 2), nos refere que uma metodologia de natureza qualitativa “permite capturar o fenómeno de uma maneira holística ou compreender o fenómeno dentro do seu contexto ou enfatizar a inversão e compreensão do significado humano respeitante a um grupo de circunstâncias ou fenómenos ou as três coisas”.

Partilha da mesma opinião POLIT (1995, p. 391), ao referir-nos que a abordagem qualitativa permite captar os fenómenos de uma forma holística permitindo perceber o significado atribuído às situações vivenciadas, pois “este tipo de estudo baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios autores”.

Ainda sobre este tipo de metodologia, é BONILLA (1989), quem afirma que ela procura fazer uma aproximação global das situações sociais e explorá-las, descrevê-las e compreendê-las de maneira indutiva, ou seja, a partir dos conhecimentos que têm as diferentes pessoas envolvidas com elas e não dedutivamente a partir de hipóteses formuladas pelo investigador. Isto pressupõem que os indivíduos se comportem e interajam com os outros membros do seu contexto social com base no significado que têm de si mesmo e da realidade.

Sendo o nosso estudo de natureza qualitativa, assume também carácter descritivo e exploratório. É descritivo porque são incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objectivo levantar opiniões, atitudes e crenças; é exploratório porque o tema seleccionado tem sido pouco explorado, daí o tornar-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e racionais, tendo como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 1989; POLIT e HUNGLER, 1995).

Poderemos ainda referir que se trata de um estudo do tipo fenomenológico. Segundo FORTIN (1999), o estudo dos fenómenos consiste em descrever o universo perceptual de pessoas, que vivem uma experiência que interessa à prática clínica. O trabalho do investigador consiste em aproximar-se desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos

participantes na investigação, em explicitá-la na forma mais fiel possível e em comunicá-la. A análise fenomenológica implica uma descrição fiel da experiência relatada.

Tendo em conta a nossa questão de investigação e analisando alguma literatura adequada ao nosso tipo de estudo, determinámos a amostra num total de dez famílias, as quais tinham como critério de inclusão um idoso portador de Acidente Vascular Cerebral. Este critério foi estabelecido pelo facto de o nosso objectivo ter em conta as transformações ocorridas na família com um idoso portador de A.V.C.

A selecção deste grupo de famílias deve-se ao facto de um dos investigadores exercer a sua actividade profissional num Centro de Saúde, conhecendo as famílias que vivenciam esta problemática.

As dez famílias inquiridas formam uma amostra intencional não aleatória porque, após contacto, colaboraram espontaneamente.

Nesta pesquisa, e dado tratar-se de um estudo exploratório descritivo de análise qualitativa, tivemos em conta: variáveis de atributo e dados obtidos em função das questões de investigação e dos objectivos de estudo.

As variáveis de atributo que consideramos mais relevantes para a caracterização sócio-demográfica da amostra são: sexo, idade, estado civil, situação profissional, habilitações literárias, local de residência, nível económico do agregado familiar, data de ocorrência do A.V.C., grau de parentesco relativamente ao idoso com A.V.C.

A informação obtida na investigação que considerámos mais pertinente para o estudo foi: a comunicação na família, as alterações ocorridas na família com o idoso portador de A.V.C., a relação familiar e redes de suporte.

A relação familiar numa abordagem tradicional dos problemas humanos focaliza-se fundamentalmente nos processos individuais a par de algumas concepções fundadas em aspectos deterministas do meio ambiente.

Os aspectos comunicacionais do sistema familiar foram essencialmente estudados pela Escola de PALO ALTO, em que os estudos levados a cabo por GREGORY BATESON no domínio da ecologia e da etnologia são considerados percursos da análise da comunicação como um processo social em que integra múltiplos modos de comportamento (além da palavra, a mímica, o gesto e o olhar). Esses estudos procuraram definir padrões comportamentais associados aos fenómenos comunicacionais, ou seja, descobrir um conjunto de regras que estariam na base da comunicação humana. Esta é comparável a um jogo cuja mensagem

metacomunicacional se define como “isto é um jogo”. Do estudo das suas regras, concluímos “(...) que toda a comunicação necessita de um contexto, que sem contexto não há significado, e que o contexto confere o significado porque há uma classificação de contextos” (BATESON, 1987, p. 25).

Como finalidade de assinalar, especificar e pontuar o contexto de interação surge o conceito de metacomunicação. Desta necessidade de “comunicar sobre a comunicação”, resulta um novo tipo lógico que determina como devem ser interpretados os comportamentos relacionais e assim se conclui que todas as formas de comunicação podem utilizar-se como meios de metacomunicação (ALARCÃO, 2000).

Também poderemos dizer que o tipo de relações exploradas entre as redes sociais e a saúde, ressalta o facto das redes e de apoio social favorecerem a protecção do indivíduo incentivando comportamentos salutareos e uma dinamização dos riscos, aceleram os processos de cura numa situação de doença, levando à diminuição do nível de recurso aos serviços e até ao aumento da longevidade. Por outro lado, numa situação de doença especialmente crónica apresenta influências positivas na interação social, introduzindo muitas vezes uma espiral de degradação mútua a vários níveis e necessidades específicas para os indivíduos e para a rede social.

O Acidente Vascular Cerebral é uma perturbação da função cerebral relacionada com a obstrução ou a hemorragia de uma artéria que irriga áreas dos hemisférios cerebrais ou tronco cerebral. Foi definido pela OMS (1989) como um síndrome caracterizado por um rápido desenvolvimento clínico de sinais de um distúrbio focal ou global das funções cerebrais, tendo uma duração superior a vinte e quatro horas ou que origina a morte sem causas aparentes que não sejam de origem vascular. Resulta, portanto, da restrição na irrigação sanguínea ao cérebro, causando lesão celular e danos às funções neurológicas (EASTON et al, 1998).

Dada a natureza qualitativa do estudo e tendo em atenção que pretendemos colher informações acerca do que as pessoas vivenciam sobre determinado fenómeno, em que é importante que as pessoas falem livremente, decidimos utilizar como técnica de colheita de dados a entrevista semi-estruturada, dado que esta, segundo (BOGDAN e BIKLEN, 1994), em completo contraste com a entrevista estruturada, é flexível e dinâmica.

Para os mesmos autores, estas são denominadas de entrevistas em profundidade e são encontros entre os investigadores e os informantes, encontros estes dirigidos para a

compreensão das perspectivas que os entrevistados têm acerca das suas vidas, experiências ou situações, tal como as expressam pelas suas próprias palavras.

Com a finalidade de obter a informação de um modo uniforme, foi elaborado um guião de entrevista em que para a sua elaboração tivemos em conta os objectivos do estudo. Fizemos também um primeiro contacto com as famílias informando-as do tipo de estudo, objectivos e solicitámos a colaboração para a participação no mesmo, tendo todos manifestado o seu interesse e disponibilidade para o fazer. Marcámos o dia, hora e local da entrevista. Todas as entrevistas foram escritas após a permissão dos sujeitos sendo estes informados que os dados colhidos seriam utilizados apenas para este fim.

Antes da aplicação aos elementos que fizeram parte da amostra aplicámos este guião de entrevista a três famílias com características semelhantes a fim de verificar a compreensão, clareza e funcionalidade das questões, permitiu-nos também treinar como entrevistadores bem como prever o tempo necessário para cada entrevista. Verificámos que as questões foram compreendidas, não sentindo portanto necessidade de alterar nem introduzir novas questões.

Em todo o processo de colheita de dados tivemos em conta que todos os elementos das famílias estivessem presentes, dado tratar-se de um estudo sistémico, atendendo deste modo ao horário disponível das mesmas. As entrevistas foram realizadas pelos investigadores, sendo em média a duração de sessenta minutos.

O guião é composto por três partes: uma primeira parte contém as questões de caracterização da família; a segunda parte contém o Índice de Katz, a fim de avaliarmos o nível de dependência do idoso; por último, com o objectivo de verificar as transformações ocorridas, elaborámos cinco questões abertas.

## **Resultados**

Os dados referentes à caracterização da amostra foram submetidos a tratamento estatístico. A estatística descritiva utilizou-se para a determinação de frequências e medidas de dispersão (desvio padrão).

No que se refere à caracterização dos idosos entrevistados 50% são do sexo masculino e 50% do sexo feminino. No tocante à idade a média situa-se nos 78.20 anos sendo a mínima de 68 e a máxima 83 anos.

A média de anos de doença é de 4.7 anos e o desvio padrão 3.16 anos.

No que concerne ao nível de dependência deste grupo de idosos constata-se que 80% são totalmente dependentes e apenas 1 é independente. 50% dos idosos vivem com filho ou filha e 30% com o cônjuge.

Relativamente ao local de residência salientamos que 60.0% dos agregados residem na vila e em percentuais iguais ou seja 20.0% se distribuem pela aldeia e lugar.

A moda do nível sócio-económico situa-se no nível médio, salientando no entanto que 4 agregados se situam entre o nível muito baixo e baixo.

No que diz respeito às habilitações literárias referimos que habilitação máxima em quatro famílias é a 4.ª classe e em duas o ensino superior.

Após termos realizado as entrevistas e posterior leitura e reflexão acerca dos dados obtidos estabelecemos duas grandes categorias, sub-categorias e alguns indicadores correspondentes às sub-categorias seleccionadas.

A formação de categorias, ou categorização, “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto” sendo as categorias “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo), sob um título genérico” que se efectua de acordo com os caracteres comuns desses elementos. O primeiro objectivo da categorização é fornecer, por um processo de condensação, uma representação simplificada dos dados recolhidos em bruto (BARDIN, 1991, p. 117).

No processo de categorização, procedemos de tal maneira que o sentido de cada uma das categorias ficasse evidenciado pela conveniente atribuição de indicadores. A determinação das categorias obedeceu a “critérios de coerência, homogeneidade, exclusividade recíproca e exaustividade” (ESTRELA, 1994, p. 468), critérios esses que presidiram à elaboração das grelhas de análise cuja estruturação viabiliza uma leitura, pensamos que acessível, das categorias, sub-categorias e indicadores.

**Tabela1 - Distribuição das categorias, sub-categorias e indicadores.**

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES
AVC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dependência</li> <li>▪ Inversão da função parental</li> <li>▪ Perda de autonomia</li> <li>▪ Relação fusional</li> <li>▪ Stress familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papel de destaque da geração intermédia como função de suporte à geração anterior</li> <li>▪ Dificuldades relacionais</li> <li>▪ Stress ambiental, psicológico e fisiológico</li> </ul>

<b>CRISE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perturbação do equilíbrio e da adaptação do sistema familiar e dos padrões de relação</li> <li>▪ Restrição da rede pessoal e social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificuldade de lidar com o nível de dependência do idoso</li> <li>▪ Perturbação do processo normal de individuação</li> <li>▪ Invasão espaço de intimidade</li> <li>▪ Perda do estatuto de papel</li> <li>▪ Alteração da dinâmica do casal</li> <li>▪ Mudança do local de referência</li> <li>▪ Restrição e/ou perda das actividades sociais.</li> </ul>
--------------	---	---

Acreditamos que cruzar o que é redundante nas famílias com o que as diferencia dá às suas pequenas histórias um papel relevante na sua compreensão, favorecendo uma atitude de escuta (do investigador e de ele próprio) que poderá ajudar a evitar o mecanicismo e uma certa engenharia compreensiva e interventiva.

Com efeito, e de acordo com RELVAS (2000), é através dessas histórias, das narrativas individuais e familiares que podemos aceder ao modo como cada família organiza a própria compreensão da situação, ou seja, a sua versão dos problemas, dando finalmente um valor único à sua própria história grupal e transgeracional.

A nova epistemologia sistémica é aplicada às famílias, não numa tentativa de as «responsabilizar» pela doença, mas de descrever o circuito interactivo que possa ter algum elo significativo com o idoso portador de AVC.

Também a execução do nosso trabalho fez-nos acreditar em consonância com RELVAS (2000, p. 121), que cada família “é o que é ...” cada família tem competências e potencialidades de crescente bem-estar. Há contudo, certas metas das suas vidas em que é impossível actuarem, sem ajuda; nesses momentos não conseguem “descobrir” os seus aspectos positivos e por conseguinte, não conseguem lidar com eles. Há famílias, por outro lado, cuja história facilita a criação de metas que dificultam essa descoberta estando sujeitas a mudanças, ao stress passando necessariamente por várias crises. Estas podem ter que ver com exigências de mudança, internas ou externas, que colidem com o “caminho” da família ao longo do ciclo vital.

Tivemos presente as particularidades de cada família, o modo como sofre, se ocupa e o modo como lida com as suas competências que nos possibilitará compreender e descrever a

estrutura familiar como base da mudança na família. E como refere ALARCÃO (2000), o casal é um ser vivo com a sua própria história, com uma personalidade específica que está para além da estrutura da personalidade de cada um dos parceiros. É uma tríade porque conta com o peso de todos os valores sociais e culturais que se reflectem em todos os momentos do casal, desde a escolha do parceiro, até ao modelo relacional que se constrói.

Não é por acaso que a perda da rede social pessoal, a perda do local de referência e a perda do estatuto, foram referências comuns para o casal de idosos entrevistados através de expressões como “... deixei de contactar com os meus vizinhos ...” “... tive que ir viver para casa da minha filha ...” “... ou deixei de ir a passeios...” , ou seja é a perda do nicho interpessoal do indivíduo com quem interacciona de forma regular de que SLUZKI (1996), nos descreve.

De acordo com GAMEIRO (1992), a complexidade interactiva de uma família é evidente pelo número de elementos que a compõem, pelas comunicações verbais e não verbais e refere que quanto maior em elementos é um sistema, maior grau de indeterminação existe nesse sistema. Acrescenta o facto de numa família as comunicações que organizam a interacção são também metacomunicações importantes sobre a relação familiar.

Os resultados dos entrevistados, quer os das observações, corroboram a opinião do autor atrás referenciado, quando um casal de idosos nos referiram que “... dialogavam muito ...”, verifica-se uma relação de metacomunicação clara, contudo a crise provocada por AVC conduziu a sentimentos de perda e solidão .

Sendo a idade um conceito mental, a aprendizagem de envelhecimento e consequentemente a de uma nova regulação de autonomia/dependência são aspectos fundamentais na percepção em toda esta etapa do ciclo vital. A geração intermédia faz esta aprendizagem em dois planos: na relação com as famílias de origem e no confronto consigo próprias (ALARCÃO, 2000).

Esta opinião é confirmada quando nos referiram: “... agora está na altura de cuidar da minha mãe ...”. Na análise desta frase somos confrontados pela passagem do testemunho que em nosso entender e de acordo com ALARCÃO (2000), encerram três ideias fundamentais, tempo mais autonomia/dependência e poder, em relação à vivência do envelhecimento e à relação interpessoal que estabelece entre a geração mais velha e a geração intermédia. Assim, facilmente, se compreende o papel de destaque da geração



intermédia com a função de suporte à geração mais velha e a inversão da hierarquia geracional. Facto este notório no nosso estudo em que a partilha por parte do idoso da residência com os filhos e o facto de estes passarem a ocupar-se mais dos seus próprios pais, numa inversão da complementaridade comunicacional vêem alterar a dinâmica do casal.

Por consequência é necessária uma reorganização familiar, verificando-se uma posição incómoda do sub-sistema parenteral, assim como uma flexibilização dos limites familiares de modo a aceitar a independência dos filhos (RELVAS, 2000).

A este respeito verificámos que em três famílias a entrevista aos filhos adolescentes era notória uma perturbação do processo normal de separação/individuação assim como o sentimento de restrição de perda social e pessoal que os autores supra-citados também mencionam. São estas mudanças (mudanças de 2.ª ordem) nas relações pais-filhos que possibilitam aos filhos as entradas e saídas do sistema durante a 4.ª etapa do ciclo vital, que permitem um processo de desenvolvimento (RELVAS, 1996).

Contudo esta perspectiva multigeracional, fruto do aumento da esperança de vida, acarreta alterações na família e em todo o sistema social envolvente. O resultado é o transmitido através da nossa entrevista quando nos referiam "... fazer contenção económica e reorganizar o meu estilo de vida ..." ou então "... agora é a minha vez de os ajudar ..." , facto este que demonstra a perda gradual de recursos e de autonomia de que nos fala RELVAS (2000).

Todos estes aspectos, implicam uma geração intermédia, que liberta há pouco tempo deste tipo de problemática em relação aos filhos, confronta-se agora de novo com ela no que se refere aos pais.

Um indicador deste aspecto é quando nos apresentam a "... falta de espaço para o idoso ..." ou "... era arranjar um sitio onde ela pudesse ficar ...".

Em síntese o que retiramos do nosso estudo é o facto de que o AVC do idoso conduz à crise da família. E porquê? Na medida em que a crise conduz a exigências de mudança interna ou externa, ou seja todas as famílias estão sujeitas a mudança, ao stress e diferenciam-se na forma como são capazes de ultrapassar essas crises.

Relativamente ao idoso com AVC foi notória a perda da rede social pessoal e de estatuto, a inversão dos papéis e a perda do local de referência. Nos casais da família nuclear a invasão do espaço de intimidade, a alteração da dinâmica do casal, a delegação na mulher como responsável dos cuidados ao idoso com AVC foram aspectos que mereceram

destaque. Assim a história da vida de cada família é então a história da sucessiva progressão dos seus membros de crise e períodos de transição, bem como da evolução ou dificuldades que a sua elaboração comporta no chamado ciclo vital das gerações.

### **Conclusões**

O envelhecimento demográfico das populações decorre de uma extraordinária conquista da nossa civilização, mas apresenta também consequências que lhe são particularmente adversas, nomeadamente as mudanças estruturais ocorridas a nível das relações familiares e das relações de trabalho que nos obriga a reflectir sobre as nossas atitudes face ao idoso e à sua família. Estas inquietações levaram-nos a que os objectivos deste nosso estudo se dirigissem a conhecer as mudanças ocorridas na família perante um idoso com AVC e identificar as transformações ocorridas nas relações familiares e na comunicação entre os elementos da família e o idoso portador de AVC. Não obstante uma série de dificuldades e vicissitudes de vária natureza, que tivemos de ultrapassar, cremos poder afirmar que os objectivos foram atingidos de uma forma positiva, muito melhor do que em certos momentos prevíamos.

A nossa premissa básica foi a de que a família é um sistema entre sistemas e que é essencial a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam a vida da família a que o idoso com AVC pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros e para a formulação de intervenções eficazes. Nesta perspectiva sistémica abordámos todos os elementos da família de um idoso com AVC que diariamente estão em contacto com o mesmo, de uma forma circular. Facto, este que fez com que o nosso estudo se prolongasse mais do que o inicialmente previsto, pois foi necessário a presença de todos os elementos da família no momento da entrevista.

Ao considerarmos o AVC como doença crónica, facilmente se conclui ao longo do nosso estudo que o mesmo interfere em todos os estádios do ciclo vital. Contudo também observámos que as respostas dos vários elementos da família a esta problemática são únicas. Cada membro da família tem uma história singular da doença e uma visão única acerca do significado do sistema e do impacto da doença sobre a família.

Contudo, gostaríamos de realçar que os resultados apresentados no trabalho mostram-nos uma realidade imposta por alguns limites durante a realização do trabalho. Em primeiro lugar uma amostra reduzida e limitada e em segundo lugar a falta de disponibilidade de alguns familiares de forma a estarem todos presentes na entrevista.

Apesar de tudo isto gostaríamos de apontar perspectivas de uma investigação futura: poder seguir o percurso da família prestadora de cuidados ao idoso com AVC de forma a confrontá-los com as respostas obtidas na presente entrevista.

Porque acreditamos que não é possível realizar qualquer intervenção de fundo na dinâmica e organização da família, sem se estabelecer um princípio de confiança na relação com os elementos da família potencialmente prestadores de cuidados, pensamos que nestas situações importa mais do que nunca, identificar, por vezes criar e implicar no processo de ajuda uma rede informal de suporte social do idoso com AVC. Intervir em rede significa, neste contexto, potencializar suportes sociais para o doente e para a sua família de forma a garantir para estes o melhor bem-estar possível.

Pensamos também que cada vez mais, a ajuda domiciliária, deve surgir como uma resposta institucional, extremamente importante, que importa reforçar, alargar (porque não durante as 24 horas) e qualificar cada vez mais. Ao nível da política social, achamos oportuno profundas mudanças, nomeadamente a criação de incentivos fiscais para as despesas resultantes da assistência prestada a idosos, actualizar comparticipações para ajudas técnicas e consagrar na legislação laboral a licença sem vencimento e a redução de horário de trabalho para familiares prestadores de cuidados.

Deste modo, podemos considerar que a intervenção do enfermeiro deve-se desenvolver cada vez mais junto de diversos sistemas em interacção designadamente o doente, a sua família, as suas redes de suporte social e em multidisciplinaridade pois só assim se consegue obter uma enfermagem sistémica.

E para a alcançar é necessário começar por analisar uma situação no que respeita ao indivíduo e ir depois alargando a sua compreensão aos diferentes contextos em que ele se insere. É esta possibilidade de articular o que há de individual com o que há de global na compreensão de uma dada realidade (que no nosso caso é a família de um idoso com AVC) que é de facto a grande vantagem do modelo sistémico. Assim ser sistémico é ajudar os indivíduos a redescobrirem as suas potencialidades individuais e grupais ou familiares.

Quando se considera o desenvolvimento humano, não se pode isolar o desenvolvimento individual, desenvolvimento da família e desenvolvimento da sociedade. Por fim gostaríamos de afirmar que as inúmeras horas que dedicámos à conclusão deste trabalho foram para nós muito enriquecedoras em termos científicos e humanos, acreditamos mesmo que possa constituir um contributo ainda que modesto, para um

melhor conhecimento do idoso com AVC e sua família de forma a melhorarmos e humanizarmos as condições relativas à sua assistência.

### **Referências bibliográficas**

ALARCÃO, Madalena - *(Des)equilíbrios familiares. Uma visão sistémica*. 1.ª Edição. Coimbra: Quarteto, 2000 - ISBN 972-8535-21-X.

BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1991.

BATESON, Gregory - *Natureza e Espírito*. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1987.

BENJUMEA, Carmen de la Cuesta - *Taller de investigación cualitativa "Conexions simpáticas entre les métodos cualitativos y la investigación en salud" Qualitative Health Research (Universidade de Liverpool)* - Lincoln: IS., 1992, p.375.

BOGDAN, Robert, BIKLEN, Sari - *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994, 335p.

BONILLA, Alejandro Rocamora - A família do doente: Leitura psicológica. *Revista Hospitalidade, Telhal*, 1989, N.º 208, p. 22-27.

# O impacto da terapia compressiva na qualidade de vida dos doentes com úlcera de perna crónica

Cruz, M. A. A. D.

**Palavras-chave:** Úlceras de perna; Qualidade de vida; Terapia compressiva

## Introdução

As úlceras de perna afectam significativamente o estilo de vida do doente, principalmente devido à dor crónica, desconforto, depressão, perda de auto-estima, isolamento social, absentismo e frequentemente internamento em hospitais.

Num estudo sobre o impacto das úlceras de perna na qualidade de vida do doente realizado em 1994 por Phillips et al., 68% dos doentes revelaram que a úlcera tinha efeito negativo sobre a vida deles e existia uma correlação positiva entre o tempo gasto com o cuidado da úlcera e os sentimentos de raiva e ressentimentos.

## Objectivos:

- Avaliar a qualidade de vida dos doentes com úlceras venosas, submetidos a terapia compressiva em cuidados de saúde primários
- Verificar se existe relação entre qualidade de vida dos doentes com úlceras venosas com variáveis sócio-demográficas.
- Avaliar o impacto da terapia compressiva em diferentes variáveis

## Métodos

- Revisão da literatura
- Aplicação de questionário para avaliar impacto da terapia compressiva
- Aplicação do Esquema de Cardiff de impacto da ferida

## Critérios de inclusão

- Doentes com úlcera de perna de origem venosa com pelo menos 6 semanas de evolução
- Desejo de participar no estudo
- Em tratamento no serviço de terapia compressiva

## Resultados

### Caracterização da Amostra

A amostra utilizada no estudo contém 62 doentes com úlceras de perna, 36 das quais estavam cicatrizadas. Do total de doentes, 55% são do sexo masculino, com idade média compreendida entre os 61 e os 70 anos de idade, com um desvio de 13 anos.

Gráfico 1- Distribuição dos doentes por sexo

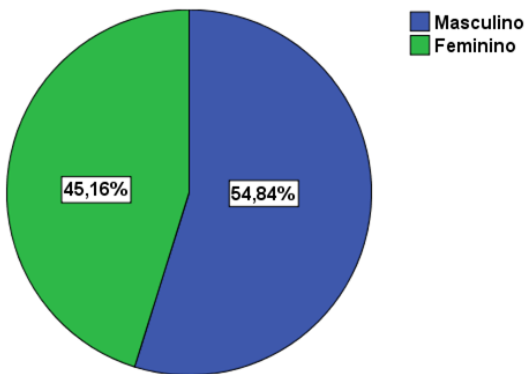
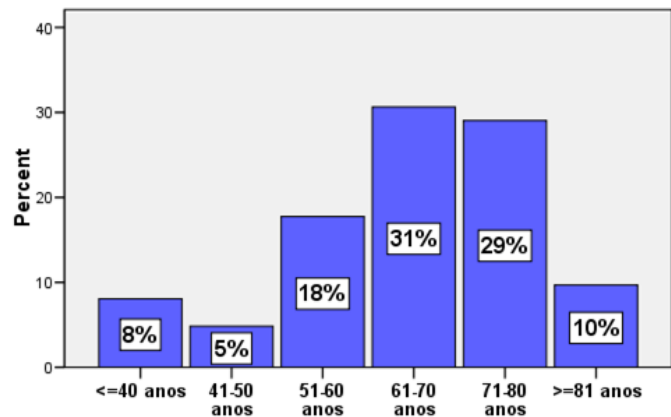
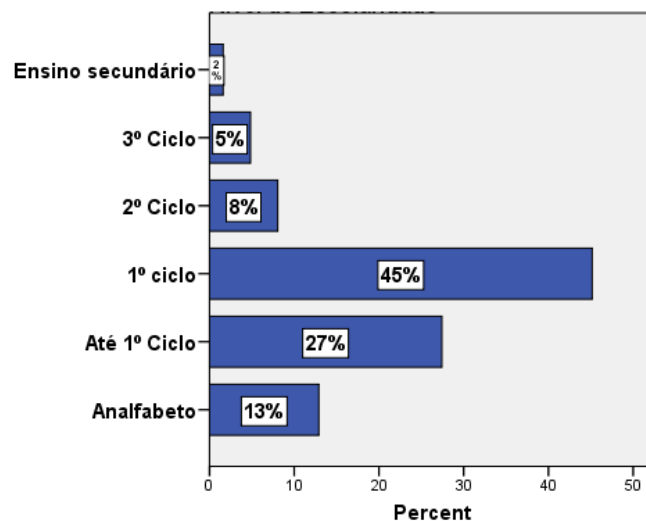


Gráfico 2: Distribuição dos doentes por Idade



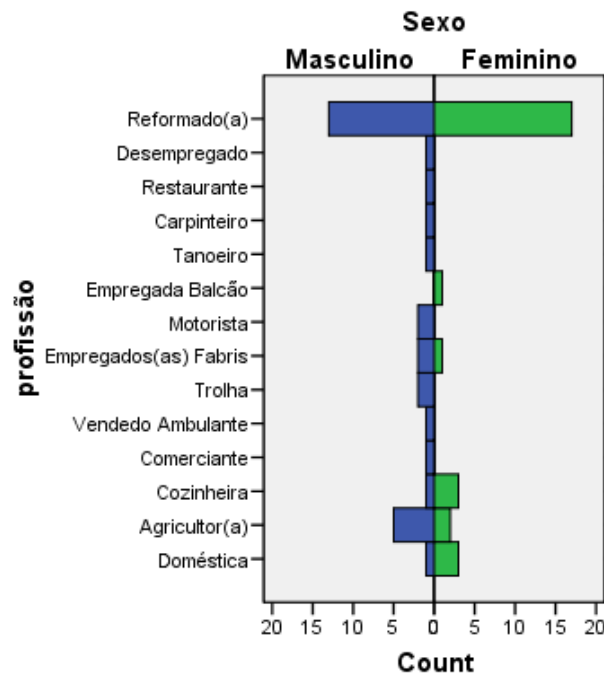
A maioria dos doentes (85,5%) tem um grau de escolaridade inferior ou igual à educação primária (1º Ciclo do Ensino Básico).

Gráfico 3- Distribuição dos doentes por nível de escolaridade



No que se refere à actividade de trabalho que os doentes exercem ou exerceram a maior parte da vida, dos 62 doentes estudados com úlcera venosa, metade dos doentes são reformados, 12% estão ligados à área da agricultura e aproximadamente 14% são domésticas e cozinheiras.

**Gráfico 4- Distribuição dos doentes por Profissão segundo o sexo**

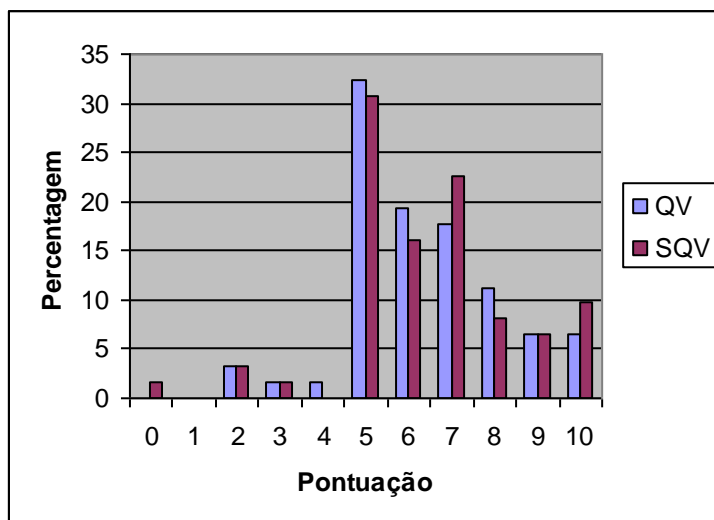


Do total de doentes 76% não vivem sozinhos e 86% estão com a família e amigos pelo menos uma vez por semana.

### **Esquema Cardiff de Impacto da Ferida**

Avaliando as escalas, qualidade de vida (QV) e satisfação com a qualidade de vida geral (SQV), ambas com pontuações a variar entre 0 (pior possível/nada satisfeito) e 10 (melhor possível/muito satisfeito), verifica-se que os doentes atribuíram valores médios entre 6,32 (com desvio padrão 1,8) e 6,39 (com desvio padrão 2,0), respectivamente. O gráfico 4 representa a distribuição destas variáveis.

**Gráfico 5- Distribuição das variáveis QV e SQV**



**Quadro1 - Valores descritivos das escalas QV e SQV**

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
QV	6,32	1,800	2	10
SQV	6,39	2,035	0	10

Pelo cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* é possível constatar que existe uma correlação moderada positiva ( $\rho=0,655$ ) entre as escalas QV e SQV, estatisticamente significativa, ao nível de 0.01 ( $p\text{-value} = 0,000$ ).

**Quadro2 – Correlação entre as escalas QV e SQV**

		QV	SQV
QV	Pearson Correlation	1	,655**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	62	62
SQV	Pearson Correlation	,655**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	62	62

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

Relativamente às dimensões que compõem o esquema Cardiff de Impacto da Ferida, todas elas apresentam valores bons de consistência interna (como é possível observar no quadro 3), medida pelo coeficiente de alpha de Cronbach, o que demonstra uma fiabilidade muito boa do instrumento de medição.



**Quadro 3 – Valores de fiabilidade da Escala Cardiff**

Dimensões	Cronbach's Alpha	Número Itens
<b>Bem-estar</b>	,637	7
<b>Síntomas Físicos e Vida Diária</b>	,959	24
<b>Vida Social</b>	,923	14

Analisando o *score* obtido para cada dimensão da escala Cardiff, calculado através do somatório das pontuações dos itens que compõem cada escala, obtiveram-se os seguintes valores descritivos:

**Quadro 4 – Valores descritivos do score inicial de cada dimensão da Escala Cardiff**

	N		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
Bem estar	60	2	22,0500	4,91081	9,00	35,00
VidaSocial	59	3	56,1525	11,95655	29,00	70,00
SintFis VidaDiaria	60	2	98,6167	19,29178	47,00	120,00

Para permitir a comparação das três dimensões da escala, o *score* inicial foi transformado numa escala de 0 a 100. Os valores mínimos, máximos, médios e desvio padrão de cada dimensão obtidos para o novo *score* são apresentados no quadro 5.

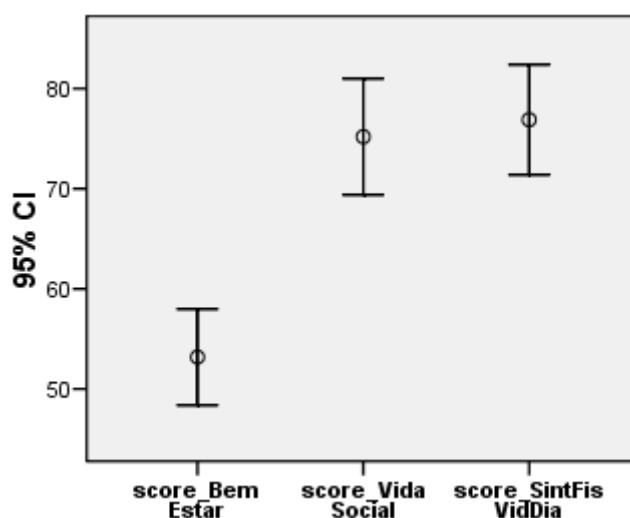
**Quadro 5 – Valores descritivos do score final de cada dimensão da Escala Cardiff**

	N		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
score_BemEstar	60	2	53,7500	17,53862	7,14	100,00
score_VidaSocial	59	3	75,2724	21,35098	26,79	100,00
score_SintFisVidDia	60	2	77,7257	20,09560	23,96	100,00

Os valores encontrados revelam uma qualidade de vida razoável no que se refere ao impacto na vida social e nos sintomas físicos e vida diária, pior no que diz respeito ao bem

estar. O gráfico seguinte permite corroborar esta constatação mostrando que existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão de bem estar e as outras duas dimensões. De facto, em média, os indivíduos tiveram valores mais baixos na escala de bem-estar do que nas outras duas escalas.

**Gráfico 6- Gráfico de barras para a apresentação dos intervalos de confiança para as médias dos scores obtidos para cada dimensão da Escala Cardiff**



Analisando, ainda, a direcção e a associação entre sub-escalas ou dimensões Cardiff, verifica-se que existe uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa ao nível de significância 0.01, entre Sintomas Físicos de Vida Diária e Bem estar ( $=0,649$ ) e entre Sintomas Físicos de Vida Diária e Vida Social ( $=0,483$ ).

**Quadro 6 – Correlação entre as três dimensões da Escala Cardiff**

		score_ BemEstar	score_ VidaSocial	score_ SintFisVidDia
score_BemEstar	Pearson Correlation	1	,224	,649**
	Sig. (2-tailed)		,093	,000
	N	60	57	58
score_VidaSocial	Pearson Correlation	,224	1	,483**
	Sig. (2-tailed)	,093		,000
	N	57	59	58
score_SintFisVidDia	Pearson Correlation	,649**	,483**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	58	58	60

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlacionando cada sub-escala Cardiff com a medida geral de qualidade de vida e a satisfação com a qualidade de vida, verifica-se que existe uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa, entre os Sintomas Físicos de Vida Diária e a Vida Social, como mostra o quadro seguinte.

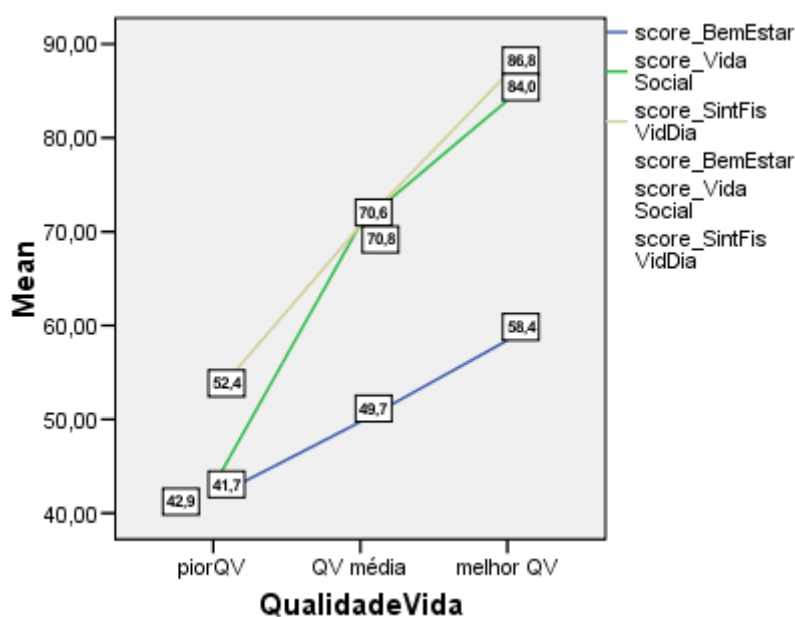
**Quadro 7 – Correlação das dimensões da Escala Cardiff com a QV e SQV**

		QV	SQV
score_BemEstar	Pearson	,202	,164
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	,122	,210
	N	60	60
score_VidaSocial	Pearson	<b>,395(**)</b>	<b>,524(**)</b>
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	,002	,000
	N	59	59
score_SintFisVidDia	Pearson	<b>,420(**)</b>	<b>,492(**)</b>
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	,001	,000
	N	60	60

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Por último, considerando a percepção da qualidade de vida geral dos doentes segundo três níveis (pior qualidade de vida – 0 a 3; qualidade de vida média - 4 a 6; e, melhor qualidade vida – 7 a 10) compare-se com as dimensões do Esquema Cardiff. Verifica-se que, em média, quanto mais elevados forem os valores das sub-escalas de bem-estar, de sintomas físicos e vida diária e de vida social, mais elevada é a percepção da qualidade de vida pelo doente. Isto significa que melhores percepções de qualidade de vida, em geral, estão associadas a valores elevados de cada uma das três dimensões da escala Cardiff.

**Gráfico 7- Percepção da Qualidade de Vida e as dimensões da Escala Cardiff**



### Escala PUSH

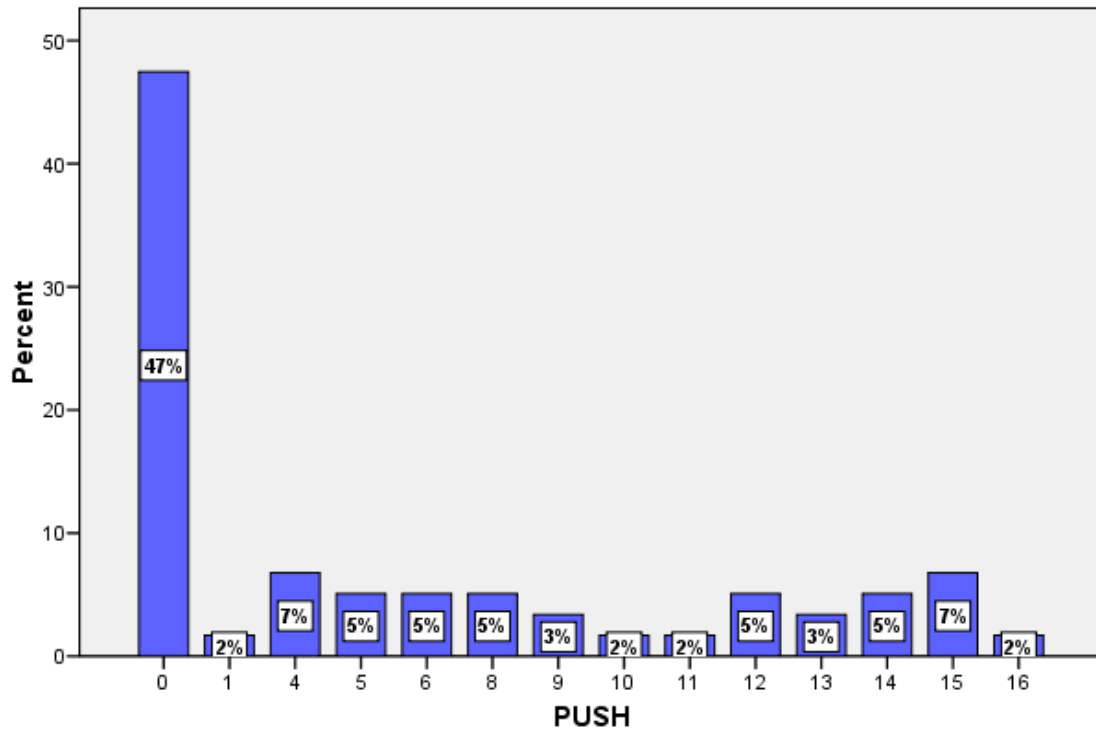
A Escala PUSH produziu valores totais de pontuação que variam entre 0 e 16, com valor médio 4,97.

**Quadro 8 – Valores descritivos da pontuação PUSH**

N		Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Valid	Missing				
59	3	4,97	5,696	0	16

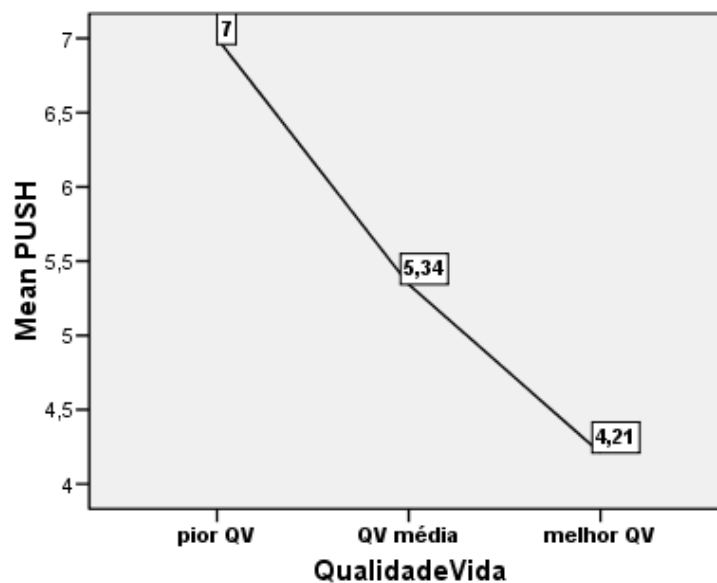
O gráfico seguinte apresenta a distribuição das pontuações totais PUSH. Note-se que aproximadamente 47% dos doentes já têm a úlcera cicatrizada (pontuação PUSH=0), o que representa os 28 doentes acima referenciados. Considerando um ponto de corte entre as pontuações 9 e 10 da escala PUSH, verifica-se que aproximadamente 27% das úlceras de perna podem ser classificadas como próximas da cicatrização. Isto significa que 3/4 dos doentes têm as suas úlceras cicatrizadas ou muito próximas da cicatrização após tratamento via terapia compressiva.

**Gráfico 8 - Distribuição das pontuações totais PUSH**



Considerando novamente a percepção da qualidade de vida segundo os três níveis atrás definidos, a escala de cicatrização (PUSH) parece ser distinta entre os grupos. Verifica-se que à medida que a úlcera se aproxima do estado de cicatrização (PUSH=0) a percepção da qualidade de vida do indivíduo aumenta.

**Gráfico 9- Percepção da Qualidade de Vida e a pontuação PUSH**



Analisando o grau de associação das escalas QV e SQV com a PUSH, verifica-se que não existe correlação estatisticamente significativa entre elas (pois p-value1=0,396 e p-value2=0,177 são ambos superiores a 0,05).

**Quadro 9 – Correlação da pontuação PUSH com a QV e SQV**

		PUSH
QV	Pearson	-,112
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,396
	N	59
SQV	Pearson	-,178
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,177
	N	59

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### **Comparação antes e depois de iniciar a terapia compressiva**

Antes de iniciar a terapia compressiva, em média, a duração das úlceras venosas era de 2 a 3 anos e 34% dos doentes apresentavam úlceras com mais de 6 anos de duração. Após o início da terapia 48% dos doentes, tinham a sua úlcera cicatrizada, com um tempo médio de cicatrização de 5 a 8 semanas.

Relativamente à frequência com que se deslocavam ao Centro de Saúde para realizarem o penso: antes da terapia compressiva 71% dos doentes deslocavam-se 3 vezes por semana; depois da terapia, dos 52% dos indivíduos que ainda não tinham a sua úlcera cicatrizada 77% deslocavam-se 2 vezes por semana. Em média os custos associados às deslocações variavam entre os 16 e 20 euros antes da terapia e os 11 a 15 euros após terapia.

Dos 65% doentes que tomavam medicação para a úlcera venosa antes de iniciar a terapia, 37% dependiam dela diariamente. Após o tratamento 76% já não tomam qualquer tipo de medicação para a úlcera.

No que diz respeito à frequência com que a úlcera venosa fechou e voltou a abrir, após o início da terapia compressiva, em 74% dos indivíduos ela nunca voltou a abrir, enquanto que antes do tratamento abria, em média, entre 1 a 3 vezes.

### **Discussão**

Este estudo permitiu identificar áreas importantes a desenvolver no tratamento destes doentes de forma a melhorar a sua qualidade de vida: criar serviços especializados em cuidados de saúde no tratamento de úlceras de perna, melhorar as competências dos profissionais, e aumentar a educação dos doentes e família.





# Stress, burnout e satisfação profissional dos enfermeiros da VMER

Fernando Pina<sup>1</sup>

**Palavras-chave:** *Stress, burnout*, satisfação profissional, Enfermeiros, Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), pré-hospitalar.

## Introdução

O desenvolvimento tecnológico e o crescimento significativo de estruturas sociais diversas, provocou um aumento considerável de acidentes, nomeadamente de viação e de trabalho, bem como o aumento de doenças súbitas graves. A rapidez e a eficiência na assistência à vítima podem fazer a diferença entre a vida e a morte, a incapacidade e a rápida recuperação sem sequelas, daí que o socorro à vítima no local da ocorrência assume um papel preponderante, na diminuição da mortalidade e morbidade.

A actividade desenvolvida pelos enfermeiros ao serviço da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), tem características muito peculiares e específicas relativamente a múltiplos factores externos muitas vezes incontornáveis, que podem interferir nas acções a desenvolver, exigindo-lhes um modo de estar, pensar e actuar muitas vezes diferente da que teriam em meio hospitalar, que resultam, entre outras, de a equipa ter que se deslocar para o local da ocorrência da situação clínica, numa luta constante contra o tempo, deslocação segundo as mais variadas condições de trânsito, atmosféricas e percursos, comunicação permanente com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), incerteza da situação que irá encontrar, trabalhar em ambientes desconhecidos, por vezes hostis e ter de proceder à reanimação das vítimas na presença dos familiares, amigos e/ou mirones, com muitas limitações de recursos materiais e humanos, pelo facto de terem que se limitar ao equipamento/material presente na viatura e em termos humanos apenas aos dois elementos da equipa (Médico e Enfermeiro) que necessariamente têm que trabalhar em equipa num espírito de cooperação e colaboração mútuas, chegando mesmo a substituírem-se em algumas actividades quando as situações assim o exigam e a complementarem-se na sua actuação.

---

<sup>1</sup> SU/VMER do HST E.P.E. Viseu.

Não ficarmos indiferentes a esta realidade, mas por pensarmos nos níveis de stress acrescidos a que os enfermeiros nesta actividade estão sujeitos relativamente aos seus colegas que trabalham em ambiente hospitalar, às possíveis consequências a longo prazo do stress prolongado, manifestadas pelo chamado síndrome de burnout, factores que vão influenciar em muito a satisfação profissional, motivou-nos para a realização deste trabalho. Outros aspectos prendem-se com o facto de desempenharmos funções como enfermeiro numa VMER e, por vezes sentirmos estes problemas e, a necessidade de os investigar nas equipas no sentido de podermos apontar algumas estratégias de resolução dos mesmos.

A pertinência da abordagem desta temática, resulta segundo Casanueva Urcullu e Martino (1994) referenciados por Oliveira (2001), do facto de o stress ocupacional estar a tornar-se um fenómeno global, que afecta todas as profissões, categorias de trabalhadores e todos os países.

Fazendo parte integrante da equipa, o enfermeiro, este no desempenho da sua actividade profissional do dia-a-dia ao serviço da VMER, está sujeito a tensões de vária ordem, pode experienciar sintomatologia do burnout e, o stress e o burnout irem interferir na sua satisfação profissional, aspectos que têm repercussões na qualidade dos cuidados que presta.

Foi neste contexto que nos propusemos fazer este estudo, sobre: stress, burnout e satisfação profissional dos enfermeiros das VMER's (Aveiro, Viseu e Guarda).

### **Breve revisão bibliográfica**

#### ***EMPH /VMER***

A emergência médica pré-hospitalar (EMPH), tem um passado relativamente recente no nosso país.

As modificações que têm ocorrido na nossa sociedade, particularmente o desenvolvimento tecnológico, com reflexos no aumento do tráfego rodoviário e consequentemente nos acidentes de viação e nos acidentes de trabalho, as alterações nos estilos de vida que concorrem para o aumento da morbilidade em termos de doenças cardiovasculares e maior número de enfartes do miocárdio, são, entre muitas, algumas das razões que justificam a existência de serviços de emergência médica pré-hospitalar.

A VMER funciona como forma de medicalizar o socorro, é considerado uma extensão dos serviços de urgência hospitalar para a comunidade, em que o principal objectivo é levar

uma equipa médica treinada em suporte avançado de vida e o material necessário até junto da vítima, facilitando a estabilização da mesma antes do transporte e, ganhando assim preciosos minutos que permitam salvar vidas e/ou diminuir incapacidades temporárias e/ou permanentes.

A assistência médica pré-hospitalar, tem sido favorecida com o progresso científico e tecnológico dos últimos anos, permitindo levar ao local do acidente, equipas altamente preparadas e com elevada tecnologia.

Iniciou-se assim um sistema de intervenção médica através das VMER's para o local, em caso de acidente ou doença súbita, permitindo também a medicalização das ambulâncias que dela necessitem. O que veio permitir o salto qualitativo na prestação de cuidados na EMPH.

A equipa inclui um médico e um enfermeiro, que permite uma actuação ao nível dos cuidados intensivos e o transporte rápido em caso de necessidade para qualquer ponto do país.

A sua actividade iniciou-se em 1988, e em 2000 dá-se o grande salto quantitativo em termos de início de VMER's, foi neste ano (Julho) que iniciaram funções as VMER's da linha da IP 5 (Aveiro, Viseu e Guarda).

Tem-se verificado nos últimos anos um grande crescimento de meios de EMPH, embora o interior do país ainda esteja muito desprotegido.

As VMER's têm as seguintes funções no contexto do SIEM:

- Transporte da equipa médica ao local da ocorrência (entende-se esta acção como uma extensão do Serviço de Urgência Hospitalar à comunidade, daí, sempre que possível esta viatura deve ter base hospitalar);
- Assegurar prioritariamente as funções vitais, abordando a vítima de acordo com os protocolos VMER, genericamente, via aérea (com controlo cervical), ventilação, circulação (com controlo de hemorragias externamente visíveis), disfunção neurológica e exposição (a necessária, controlando a hipotermia);
- Transporte do equipamento de suporte avançado de vida (SAV) e abordagem do traumatizado;
- Meios de comunicação e coordenação controlados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) local;
- Triagem em situações de multivítimas;

- Encaminhamento e acompanhamento das vítimas até ao local mais adequado (e não necessariamente o mais próximo), sempre segundo indicação do CODU;
- Exposição e treino de técnicos de saúde à realidade pré-hospitalar, criando assim condições para a existência de formadores idóneos de outros elementos, nomeadamente das ambulâncias, pressupondo a necessidade de investimento nestas últimas como garante dos serviços mínimos a nível nacional;
- Formação e treino de técnicos de saúde através da exposição à realidade pré-hospitalar.

### **Stress**

De acordo com Selye (1956), o stress é uma resposta biológica que deriva de um estímulo, levando a uma resposta orgânica, independentemente da origem (física ou psicológica) do agente stressor, que varia segundo a gravidade e a duração deste. Neste sentido, podemos dizer que uma má notícia produz o mesmo efeito que uma grande alegria. Cada um de nós tem, ao longo de toda a vida, de enfrentar inúmeros estímulos e agressões, físicos e psicológicos, num movimento permanente de adaptação capaz de proporcionar e preservar um processo de equilíbrio saudável. Segundo este autor, a libertação total do stress é a morte, o que conta não é tanto o que acontece às pessoas, mas a forma como o interpretam. A percepção e interpretação dão significado aos acontecimentos.

O stress evoca vários tipos de resposta no ser humano, de natureza biológica, cognitiva, emocional e comportamental. O stress, induz emoções, altera o comportamento observável e interfere com os mecanismos biológicos e cognitivos. Estes efeitos ocorrem de forma concomitante e influenciam-se mutuamente.

Segundo Stora (1990), o stress para Selye é fundamentalmente uma resposta fisiológica. A este aumento e sucessão de reacções fisiológicas produzidas no organismo, quando submetido a grandes “quantidades” de stress e, a que Selye (1977), chamou de Síndrome Geral de Adaptação (SGA).

Consiste em três estádios ou fases:

- Fase de reacção ou de alarme (adrenérgica);
- Fase de resistência (adaptação hormonal);
- Fase de exaustão ou de esgotamento (êxito ou fracasso).

## **Burnout**

Maslach e Jackson (1981), conceptualizaram esta síndrome, como uma resposta inadequada a um stress emocional crónico.

As autoras definiram o *burnout* como um síndrome psicológico, de exaustão emocional, despersonalização e perda de realização pessoal, em indivíduos que trabalham em profissões de ajuda.

A exaustão emocional, é o estado em que o indivíduo se sente interiormente fracassado, desiludido e sem esperança, estando também abatido fisicamente, sentindo um estado de fadiga crónico;

A despersonalização, é caracterizada pelo desenvolvimento de atitudes negativas e de indiferença do indivíduo para com aqueles que cuida;

A perda de realização pessoal, manifesta-se pela tendência de se avaliar negativamente devido à diminuição das expectativas de competência e sucesso no seu trabalho.

## **Satisfação profissional**

Para que determinada pessoa se dedique a uma ocupação, ainda que bem remunerada, terá que se sentir motivada para a desenvolver e o resultado final será a satisfação.

Na perspectiva de Chiavenato (1997), satisfação é o resultado do ciclo motivacional e, que se encontram intimamente associados, sendo impossível a sua dissociação, para ele a satisfação é um objectivo, uma meta e uma necessidade.

Cordeiro (1987), aponta os factores biológicos, os psicossociais e os sócio-culturais, como intervenientes na satisfação profissional.

A satisfação profissional contribui para a realização pessoal e profissional a partir das necessidades biológicas, psicológicas e sociais, enquanto fenómeno humano traduz-se por um conjunto de sentimentos que podem ser vivenciados como acontecimentos de vida positivos ou negativos. É certo que havendo satisfação profissional é um óptimo indício de que onde quer que exista, haverá quase de certeza uma boa qualidade dos serviços, repercutindo-se no bom funcionamento e numa boa saúde global.

## Conceptualização da investigação empírica

O presente estudo foi projectado e concebido para dar resposta a duas questões fundamentais:

Quais os níveis de stress e burnout a que estão expostos os Enfermeiros das VMER's de Aveiro, Viseu e Guarda, e a sua influência na satisfação profissional destes profissionais?

Será que apresentam níveis de stress mais elevados, e de burnout mais baixos do que os seus pares que apenas desenvolvem a sua actividade profissional nos serviços e se encontram mais satisfeitos profissionalmente?

É um estudo quantitativo, transversal, do tipo descritivo, tendo como objectivos:

- Avaliar a percepção dos níveis de *stress*, satisfação profissional e *burnout* a que estão expostos os Enfermeiros das VMER's de Aveiro, Viseu e Guarda;
- Estudar a influência dos factores de natureza pessoal e situacional na satisfação profissional, destes profissionais;
- Apresentar sugestões com base nos resultados encontrados, no sentido, de diminuir o *stress* profissional destes profissionais, da diminuição dos níveis de *burnout* e consequentemente aumentar a satisfação profissional;
- O presente estudo, pretende ainda ser, uma etapa piloto para outras investigações na área da Emergência Médica Pré-Hospitalar.

## Hipóteses

A partir das questões de investigação, formulamos as seguintes hipóteses:

**H1** - Os Enfermeiros das VMER's, apresentam níveis mais elevados de *stress* na sua actividade profissional, comparativamente com os seus colegas que exercem funções apenas nos serviços;

**H2** - Os Enfermeiros das VMER's, apresentam níveis médios de *burnout*, na sua actividade profissional e inferiores aos dos seus colegas que exercem funções apenas nos serviços;

**H3** - Os Enfermeiros que trabalham nas VMER's, apresentam uma satisfação profissional, superior à dos seus colegas que exercem funções nos serviços;

**H4** - Quanto maior a idade dos enfermeiros que trabalham nas VMER's, menores são os índices dos sintomas de *stress* e de *burnout* e encontram-se mais satisfeitos;

**H5** - As mulheres que trabalham nas VMER's comparativamente com os homens, apresentam níveis de *stress* e de *burnout* mais elevados e encontram-se menos satisfeitas profissionalmente;

**H6** - Relativamente ao grupo dos enfermeiros que trabalham nas VMER's, os que são detentores de categoria profissional mais elevada (enfermeiro-especialista e enfermeiro-chefe), apresentam níveis de *stress* e *burnout* mais baixos e encontram-se mais satisfeitos do que os seus colegas de categoria profissional mais baixa (enfermeiro e enfermeiro-graduado);

**H7** - Os níveis de *stress* dos enfermeiros que trabalham na VMER da Guarda são mais elevados do que os níveis de *stress* dos seus colegas que trabalham nas VMER's de Aveiro e Viseu;

**H8** - Os Enfermeiros das VMER's, que exercem a sua principal actividade, num serviço com características muito idênticas a uma actividade de emergência/urgência tais como serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos, apresentam níveis de *stress* mais baixos do que os restantes elementos que exercem a sua actividade em serviços com pouca relação com a emergência/urgência;

**H9** - Quanto maior o número de horas de trabalho / semana na VMER, menores são os níveis de *stress* e de *burnout* e maior o grau de satisfação profissional.

### ***Grupo de estudo***

O grupo deste estudo foi constituído por todos os Enfermeiros das VMER's (Aveiro, Viseu e Guarda), pertencentes ao CODU de Coimbra.

Uma vez que pretendíamos fazer um estudo comparativo entre os Enfermeiros a exercer funções na VMER, recorremos a dois sub-grupos não probabilísticos por conveniência.

O primeiro foi seleccionado tendo por base todos os Enfermeiros a exercerem funções nas VMER's de Aveiro, Viseu e Guarda. A homogeneidade da amostra em termos das condições de trabalho serem muito semelhantes (pelas características das populações e terreno) o facto de terem iniciado funções todas na mesma altura (Julho de 2000), foram alguns dos motivos que estiveram na origem da nossa escolha.

O segundo sub-grupo foi constituído, nos serviços onde há Enfermeiros a exercer funções nas VMER's referenciadas. Dos 128 questionários distribuídos (64 nas VMER's + 64 nos serviços) foram recolhidos 104 (51 nas VMER's e 53 nos serviços) ou seja 81,25%.

### ***Instrumentos de recolha de dados***

A nossa escolha, como instrumento de colheita de dados é o questionário, devido à dimensão da amostra e às vantagens que advêm da sua utilização, nomeadamente economia de tempo, garantia de anonimato, liberdade de resposta, rapidez e facilidade de preenchimento.

O questionário é constituído por uma bateria de questionários/escalas a saber e por ordem: caracterização sócio-demográfica e profissional; sintomas de stress em contexto profissional, inventário de Maslach, WES e o JDI.

### ***Tratamento estatístico***

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado utilizando a versão 11.5 do programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows.

No tratamento estatístico dos dados aplicámos os procedimentos da estatística descritiva analítica, Utilizámos, frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média, mediana, moda), medidas de dispersão (desvio padrão (s), teste U Mann-Whitney para diferenças de médias.

### **Resultados**

A idade mínima dos constituintes do nosso grupo é de 26 anos e a máxima de 50 anos, correspondendo-lhe uma média de 37,28 anos e um desvio padrão de 5,63 anos, sendo que no sub-grupo dos enfermeiros que trabalham nas VMER's (grupo de estudo), a idade mínima é de 26 anos e a máxima de 49 anos, com uma média de idades é de 37,57 anos (S = 5,525 anos).

Os elementos do nosso sub-grupo de estudo, pertencem a três VMER's (Aveiro, Viseu e Guarda), sendo 13 elementos da VMER de Aveiro, 19 pertencem à VMER de Viseu e igual número à VMER da Guarda

Quanto aos motivos pelos quais estes enfermeiros trabalham na VMER, verificámos que o "gosto pela área da emergência" foi referido por 96,1% dos indivíduos, seguidos das "emoções fortes" referido por 33,3% dos inquiridos e dos motivos "económicos" assinalados por 15,7%, o "prestígio", a "camaradagem" e a "questão humanitária" foi assinalada igualmente por 5,9% dos indivíduos cada.

Relativamente às dificuldades sentidas na conjugação dos serviços, a maioria dos respondentes, respondeu a mais de uma questão, tendo sido 11,8% dos indivíduos a



assinalar o “trânsito no trajecto” como uma dificuldade, a “distância entre os locais” foi assinalado por 9,8% dos indivíduos, e o aspecto que foi assinalado pela grande maioria foi a “conjugação de horários” assinalado por 74,5% dos inquiridos, houve ainda 17,7% dos indivíduos que disseram não ter qualquer dificuldade na conjugação dos serviços.

Verificamos que 19,6% dos indivíduos, afirmaram que pretendiam abandonar o serviço da VMER. Destes 30,0% pretende fazê-lo em menos de 5 anos e os restantes 70,0% entre 5 e 10 anos. Este facto sugere-nos, o quanto esta actividade é exigente e desgastante. Este facto sugere-nos, o quanto esta actividade é exigente e desgastante.

Observamos que 62,7% consideram o ambiente de “bom”, seguidos de 23,5% que o consideram “aceitável” e por fim 13,7% consideram-no “muito bom”, não havendo nenhum dos respondentes a considerar o ambiente de “mau” ou “mediocre”.

### **Stress**

As estatísticas relativas ao stress, demonstram que para o sub-grupo dos enfermeiros que trabalham na VMER, os valores oscilam entre 26 e 57 com uma média de 42,47 e um desvio padrão de 7,51. Para o sub-grupo dos que não trabalham na VMER, os valores oscilam entre 33 e 65, a média é de 50,02 e o desvio padrão de 7,93. (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 - Descrição dos valores para os sintomas de stress, por sub-grupos e, para o grupo total.**

<b>Stress</b>				
<b>Total do grupo</b> (n = 104)	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	$\bar{x}$	Dp
<b>Sintomas Físicos</b>	12	31	20,35	3,95
<b>Sintomas Emocionais</b>	8	20	12,99	2,55
<b>Sintomas Mentais</b>	6	19	12,98	3,45
<b>Total</b>	26	65	46,32	8,57
<b>Enfermeiros que trabalham na VMER</b> (n = 51)				
<b>Sintomas Físicos</b>	12	25	18,61	3,44
<b>Sintomas Emocionais</b>	8	17	12,24	1,95
<b>Sintomas Mentais</b>	6	19	11,63	3,41
<b>Total</b>	26	57	42,47	7,51
<b>Enfermeiros que não trabalham na VMER</b> (n = 53)				
<b>Sintomas Físicos</b>	12	31	22,02	3,71
<b>Sintomas Emocionais</b>	8	20	13,72	2,85
<b>Sintomas Mentais</b>	7	19	14,28	2,98
<b>Total</b>	33	65	50,02	7,93

## **Burnout**

Pela análise do quadro 2, verificamos que os valores médios encontrados para a dimensão da exaustão emocional, são mais baixos no sub-grupo dos enfermeiros que trabalham na VMER (11,69 no sub-grupo da VMER vs 13,19 no sub-grupo dos fixos). Quanto à dimensão da despersonalização, o sub-grupo dos enfermeiros que trabalham na VMER, apresenta médias ligeiramente superiores aos do sub-grupo dos enfermeiros que não trabalham na VMER (4,84 e 4,51 respectivamente). Quanto à realização pessoal<sup>2</sup>, o sub-grupo dos enfermeiros que trabalham na VMER apresenta médias mais elevadas, 37,75 contra 36,62.

**Quadro 2 - Valores (mínimos, máximos, média e desvio padrão) para as dimensões do MBI, no grupo total e sub-grupos.**

<b>MBI</b>				
<b>Total do grupo</b> (n = 104)	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	$\bar{x}$	Dp
<b>Exaustão Emocional (EE)</b>	1	43	12,45	8,35
<b>Despersonalização (DP)</b>	0	17	4,67	3,86
<b>Realização Pessoal (RP)</b>	16	48	37,17	6,91
<b>Enfermeiros que trabalham na VMER</b> (n = 51)				
<b>EE</b>	1	43	11,69	7,99
<b>DP</b>	0	13	4,84	3,49
<b>RP</b>	17	48	37,75	6,65
<b>Enfermeiros que não trabalham na VMER</b> (n = 53)				
<b>EE</b>	1	41	13,19	8,69
<b>DP</b>	0	17	4,51	4,22
<b>RP</b>	16	46	36,62	7,16

Procedemos à classificação dos níveis de burnout em três categorias (nível baixo, médio e elevado) no grupo total e sub-grupos em estudo por dimensão, serão aqui tomados como referência, os intervalos de valores apresentados no manual norte-americano de Maslach e Jackson (1986), do normativo serão aqui tomados como referência, os intervalos de valores apresentados para o sub-grupo “Medicina”, cuja amostra era constituída por médicos e enfermeiros e, é neste grupo que melhor se enquadra o nosso grupo.

<sup>2</sup> Relembramos que esta dimensão tem correlação inversa para a apreciação do *burnout*.

**Quadro 3 - Dados normativos do MBI, e níveis de burnout para o grupo total e sub-grupos.**

	Enfermeiros que trabalham na VMER (n = 51)		Enfermeiros que não trabalham na VMER (n = 53)		Grupo Total (n = 104)	
	n	%	n	%	n	%
<b>EE</b>						
Baixo ( $\leq 18$ )	45	88,2	39	73,6	84	80,8
Médio (19 - 26)	3	5,9	12	22,6	15	14,4
Alto/elevado ( $\geq 27$ )	3	5,9	2	3,8	5	4,8
Total	51	100,0	53	100,0	104	100,0
<b>DP</b>						
Baixo ( $\leq 5$ )	31	60,8	41	77,4	72	69,2
Médio (6 - 9)	14	27,5	5	9,4	19	18,3
Alto/elevado ( $\geq 10$ )	6	11,8	7	13,2	13	12,5
Total	51	100,0	53	100,0	104	100,0
<b>RP</b>						
Baixo ( $\geq 40$ )	13	25,5	13	24,5	26	25,0
Médio (34 - 39)	17	33,3	19	35,8	36	34,6
Alto/elevado ( $\leq 33$ )	21	41,2	21	39,6	42	40,4
Total	51	100,0	53	100,0	104	100,0

### ***Satisfação profissional***

No nosso estudo, a satisfação profissional, é avaliada através de duas escalas a Work Environment Scale (WES) e o Índice Descritivo do Trabalho (JDI), vamos começar por apresentar os dados e análise referente à WES e de seguida os referentes ao JDI.

Pela análise dos dados apresentados no quadro 4, constata-se que em praticamente todas as sub-escalas é encontrado o valor máximo (9). A maior variabilidade encontrada nas médias é encontrada no sub-grupo dos enfermeiros que não trabalham na VMER, com um valor médio mínimo de 3,72 encontrado na sub-escala pressão no trabalho da dimensão do desenvolvimento pessoal e, um valor médio máximo de 6,13 na sub-escala controlo da dimensão manutenção e mudança, quanto ao desvio padrão o valor mais baixo encontrado é de 1,25 no sub-grupo dos enfermeiros que trabalham na VMER e refere-se à sub-escala orientação para a tarefa da dimensão do desenvolvimento pessoal, o valor mais alto encontrado para o desvio padrão é de 2,79 valor encontrado no sub-grupo dos enfermeiros que não trabalham na VMER na sub-escala clareza da dimensão de manutenção e mudança.

Quadro 4 - Estatísticas relativas à escala WES, para os sub-grupos, por dimensões, sub-escalas e total da escala.

WES		Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	Dp
Enfermeiros que trabalham na VMER (n = 51)					
Dimensão do Relacionamento	Sub-escala Envolvimento - RE	2	9	5,59	1,88
	Sub-escala Coesão entre Colegas - RC	0	9	5,12	2,36
	Sub-escala Apoio do Supervisor/Chefe - RS	0	8	4,14	2,36
	Total da dimensão do relacionamento - REL	4	24	14,84	5,61
Dimensão do Desenvolvimento Pessoal	Sub-escala Autonomia - PA	1	9	5,28	1,71
	Sub-escala Orientação para a tarefa - PO	1	7	4,57	1,25
	Sub-escala Pressão no Trabalho - PP	1	8	3,98	1,78
	Total da dimensão do Desenvolvimento Pessoal - DPES	6	18	13,82	2,56
Dimensão de Manutenção e Mudança	Sub-escala Clareza - MCL	0	9	4,59	2,62
	Sub-escala Controlo - MC	2	9	5,35	1,61
	Sub-escala Inovação - MI	1	9	4,49	1,83
	Sub-escala Conforto Físico - MF	0	9	5,18	2,62
	Total da dimensão de Manutenção e Mudança - MMUD	6	33	19,61	6,24
<b>Total da WES</b>		<b>27</b>	<b>70</b>	<b>48,28</b>	<b>11,50</b>
Enfermeiros que não trabalham na VMER (n = 53)					
Dimensão do Relacionamento	Sub-escala Envolvimento - RE	2	9	5,64	2,35
	Sub-escala Coesão entre Colegas - RC	1	9	5,15	2,05
	Sub-escala Apoio do Supervisor/Chefe - RS	0	9	4,51	2,65
	Total da dimensão do relacionamento - REL	5	27	15,30	5,46
Dimensão do Desenvolvimento Pessoal	Sub-escala Autonomia - PA	2	9	5,43	2,22
	Sub-escala Orientação para a tarefa - PO	2	7	4,72	1,38
	Sub-escala Pressão no Trabalho - PP	0	7	3,72	2,01
	Total da dimensão do Desenvolvimento Pessoal - DPES	7	19	13,87	3,31
Dimensão de Manutenção e Mudança	Sub-escala Clareza - MCL	0	9	4,85	2,79
	Sub-escala Controlo - MC	2	9	6,13	1,76
	Sub-escala Inovação - MI	1	9	4,28	1,82
	Sub-escala Conforto Físico - MF	0	9	4,74	2,54
	Total da dimensão de Manutenção e Mudança - MMUD	9	31	20,00	6,15
<b>Total da WES</b>		<b>26</b>	<b>72</b>	<b>49,17</b>	<b>12,79</b>

## JDI

No quadro 5, apresentamos as estatísticas correspondentes à escala do índice descritivo do trabalho (JDI), para o grupo total e sub-grupos. Como podemos observar, o score mínimo obtido oscila entre 7,69 e 42,86 nas dimensões “superior imediato” e “trabalho em si mesmo” respectivamente para o grupo total, para o sub-grupo dos enfermeiros que não trabalham na VMER a oscilação dos scores mínimos corresponde às mesmas dimensões e os valores são os mesmos, enquanto que no sub-grupo dos enfermeiros que trabalham na VMER os scores mínimos vão de 11,11 na dimensão dos “colegas do mesmo nível e 50,00 na dimensão “trabalho em si mesmo”, enquanto que o score máximo oscila entre 66,67 em todos os grupos na dimensão “colegas do mesmo nível” e 100,00 também em todos os grupos na dimensão “remuneração” e no sub-grupo dos enfermeiros que trabalham na VMER e grupo total a dimensão “organização como um todo” também obtém a pontuação de 100,00.

No que respeita às médias, estas situam-se entre 40,31, 37,12 e 38,68 (valores mínimos) para os grupos (enfermeiros da VMER e fixos) e grupo total respectivamente todos eles na dimensão “colegas do seu nível” e como valores máximos obtivemos 65,20, 66,98 e 66,11, todos eles na dimensão “remuneração”.

**Quadro 5 - Estatísticas relativas ao JDI, grupo total e, sub-grupos, por dimensões.**

JDI	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	Dp
<b>Total do grupo</b> (n = 104)				
Organização como um todo - ORG	25,00	100,00	63,22	16,87
Remunerações - REM	25,00	100,00	66,11	23,61
Superior Imediato - SUP	7,69	84,62	53,99	14,06
Colegas do seu Nível - COL	11,11	66,67	38,68	13,58
Perspectivas de Promoção - PROM	12,50	87,50	51,56	16,12
Trabalho em si mesmo - TRAB	42,86	71,43	57,49	6,40
Subordinados - SUB	18,18	81,82	42,74	12,53
<b>Enfermeiros que trabalham na VMER</b> (n = 51)				
Organização como um todo - ORG	37,50	100,00	63,97	17,26
Remunerações - REM	25,00	100,00	65,20	21,26
Superior Imediato - SUP	23,08	76,92	50,98	14,51
Colegas do seu Nível - COL	11,11	66,67	40,31	15,23
Perspectivas de Promoção - PROM	12,50	75,00	53,19	14,54
Trabalho em si mesmo - TRAB	50,00	71,43	57,28	5,05

<b>Subordinados - SUB</b>	18,18	72,73	40,82	11,41
<b>Enfermeiros que não trabalham na VMER (n = 53)</b>				
<b>Organização como um todo – ORG</b>	25,00	87,50	62,50	16,63
<b>Remunerações – REM</b>	25,00	100,00	66,98	25,84
<b>Superior Imediato - SUP</b>	7,69	84,62	56,89	13,09
<b>Colegas do seu Nível – COL</b>	22,22	66,67	37,12	11,72
<b>Perspectivas de Promoção - PROM</b>	12,50	87,50	50,00	17,51
<b>Trabalho em si mesmo - TRAB</b>	42,86	71,43	57,68	7,52
<b>Subordinados - SUB</b>	27,27	81,82	44,60	13,37

### Discussão e Conclusões

Dadas as variadas limitações deste estudo, somos levados a considerar os resultados obtidos como preliminares, necessitando de confirmações em amostras mais alargadas.

Pensamos no entanto que os resultados que obtivemos com o nosso estudo podem contribuir para incentivar à adopção de medidas tendentes a diminuir o stress em contexto profissional, burnout e aumentar assim a satisfação profissional, com as consequentes repercussões na qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro.

O nosso problema de partida, era sabermos os níveis de stress e burnout a que estão expostos os enfermeiros das VMER's (Aveiro, Viseu e Guarda) e, a sua influência na satisfação profissional destes profissionais. Outra questão que se nos colocou era sabermos se os níveis de stress em contexto profissional e burnout destes enfermeiros era superior à dos seus colegas que apenas exercem funções nos serviços hospitalares e se se encontram mais satisfeitos profissionalmente. Razão que nos levou à escolha de um grupo de forma não probabilística por conveniência.

As escalas utilizadas na colheita de dados, tal como a fundamentação teórica não são específicas para a actividade profissional da VMER, nem da enfermagem, são generalistas, mas foram das disponíveis e a que tivemos acesso, as que nos pareceram mais adequadas.

Dadas as características do estudo e o facto de não podermos fazer extrapolações para um grupo maior, não foram efectuadas possíveis correlações entre os diferentes factores das escalas.

Em relação aos dados obtidos da escala de sintomas de **stress** em contexto profissional, no sub-grupo dos enfermeiros que trabalham na VMER, para o total dos sintomas de stress, os valores oscilam entre um mínimo de 26 e um máximo de 57 com um valor médio de 42,47, contrariamente ao esperado por nós e ao postulado por alguns

autores estes valores são inferiores aos encontrados no sub-grupo dos enfermeiros que não trabalham na VMER, os quais oscilam entre 33 e 65, sendo a média de 50,02. Os valores encontrados por nós são mais baixos do que os encontrados por Sousa (1999) quando utilizou a mesma escala na avaliação dos níveis de stress comparando os enfermeiros a laborarem em horário por turnos e em horário fixo, em que os enfermeiros por turnos apresentaram uma média de sintomas de stress de 53,61.

Em relação às dimensões da escala dos sintomas de stress, todas elas apresentam médias superiores nos enfermeiros que não trabalham na VMER, quando efectuado o teste U Mann-Whitney para comparação de médias verificamos que as diferenças são significativas, o que comprova haver diferenças entre os sub-grupos na percepção dos níveis de stress em contexto profissional. Contrariamente ao esperado por nós e ao postulado pelos autores, são os enfermeiros do sub-grupo dos enfermeiros que não trabalham nas VMER's que apresentam médias nos níveis de stress mais elevadas e tais resultados poderão ser explicados pelo facto de que a quase totalidade dos enfermeiros que trabalham nas VMER's, na questão sobre os motivos porque trabalhavam na VMER ter assinalado o gosto pela área da emergência, podermos deduzir que se encontram motivados na sua actividade, bem como a experiência acrescida da actividade na VMER, permitir que se sintam mais à vontade e experienciem menos stress do que os seus pares. Por outro lado a especificidade do trabalho na VMER, que se realiza na presença de vários factores externos muitas vezes incontornáveis, tais como as condições climatéricas, as características do terreno, poluição com fumos tóxicos, grandes aglomerações de pessoas nomeadamente em locais de acidentes, catástrofes ou conflitos que dão a estes profissionais a verdadeira sensação de estarem a trabalhar num hospital "sem paredes", a aglomeração de pessoas por seu lado provoca transmissão de agitação e pânico, interferindo com o trabalho da equipa, no entanto a formação específica efectuada por estes profissionais previamente ao início de funções na VMER, o perfil psicológico destes profissionais, dão-lhe determinadas competências que provavelmente passam pelo bom senso, moderação, calma e assertividade, nunca se deixando influenciar pelo ambiente que os rodeia. Por outro lado Mitchell e Bray (1990), consideram que os profissionais da emergência pré-hospitalar estão orientados para a acção e têm necessidade de se sentirem úteis, muitos deles apresentando como motivo para se integrarem nestas equipas o gosto pela aventura, mas também a necessidade imensa de ajudar os outros, estando a maioria destes profissionais mais

motivados por factores internos do que pelo dinheiro ou promoções. Linton et al. (1993), citado por Oliveira (2001), ao referirem-se ao trabalho na área da emergência pré-hospitalar, consideram como stressor, o facto de, particularmente em muitos meios mais pequenos a vítima poder ser conhecida ou familiar do profissional de emergência. Considerando esta perspectiva poderemos tendo em conta o resultado por nós encontrado e o facto de os três locais da VMER em estudo serem cidades “médias”, é provável que se verifique o referido pelos autores, sendo a percepção das situações indutoras de stress mais elevadas.

Por outro lado, estes resultados também podem ser explicados pelas conclusões de um estudo efectuado por Palmer (1983) e citado por Pinheiro (2002), sobre técnicos de emergência médica que estão constantemente em contacto com pessoas gravemente doentes ou que vêm a morrer. No decurso das suas funções confrontam-se frequentemente com ocorrências em relação às quais não têm controlo. Verificou que tinham desenvolvido técnicas de abordagem das situações que lhes permitia evitar o desgaste decorrente das mesmas. O “sentido de humor”, o “distanciamento psicológico” conseguido através do uso de uma linguagem técnica em condições fatais, a racionalização como defesa nos casos em que a sua acção foi apenas parcialmente eficaz eram técnicas utilizadas. Este tipo de atitudes permitia-lhes manter a sua actividade sem sentirem um stress demasiado elevado. No entanto pelo conhecimento do grupo em estudo, não nos parece que sejam estas as estratégias adoptadas por estes profissionais para demonstrarem menos sintomas de stress na actividade da VMER, mas sim os mencionados nos parágrafos anteriores. Por outro lado a complexidade do clima organizacional nos serviços poderá explicar estas diferenças.

Quanto à variável do burnout, no que concerne à classificação, os enfermeiros do nosso grupo e sub-grupos de estudo e, segundo o manual norte-americano para o sub-grupo “medicina”, os dados são reveladores de um baixo nível de burnout nas dimensões da exaustão emocional e despersonalização e, um nível elevado/médio na dimensão da realização pessoal, tanto para cada um dos sub-grupos como para o grupo total. Na dimensão da exaustão emocional é o sub-grupo dos enfermeiros que trabalham na VMER que está mais representativo no nível baixo, enquanto que na dimensão da despersonalização é o sub-grupo dos enfermeiros que não trabalham na VMER que no nível baixo estão mais representados, quanto à distribuição dos dois sub-grupos na dimensão da realização pessoal pelos três níveis, aparentemente não apresentam diferenças



significativas, sendo no entanto o nível elevado de realização pessoal que se salienta em relação aos restantes dois níveis, logo seguido do nível médio.

Quanto aos valores médios encontrados nas dimensões do burnout, por sub-grupos, os valores não diferem muito sendo sugestivos de mais burnout no sub-grupo dos enfermeiros que não trabalha na VMER nas dimensões da exaustão emocional e na realização pessoal e menos na dimensão da despersonalização.

No entanto o resultado do teste U Mann-Whitney para diferenças de médias nas três dimensões e nos dois sub-grupos revelou não existirem diferenças significativas em nenhuma dimensão.

Relativamente à satisfação profissional, em relação à WES, na comparação dos valores médios encontrados para as sub-escalas e dimensões, aparentemente as diferenças são pouco acentuadas verificando-se uma diferença maior na sub-escala “Controlo” da dimensão de manutenção e mudança em que o sub-grupo dos enfermeiros que trabalham na VMER obtiveram um valor médio de 5,35 e o sub-grupo dos enfermeiros que não trabalha na VMER de 6,13, a aplicação do teste U Mann-Whitney para comparação de diferença de médias, comprova esta nossa suposição, verificando-se uma diferença estatística significativa ( $Z=-2,212$ ,  $P=0,027$ ), os valores médios obtidos mostram que em relação a esta sub-escala é o sub-grupo dos enfermeiros que não trabalha na VMER que se encontra mais satisfeito em relação ao clima organizacional da unidade de trabalho em relação a esta sub-escala. Quanto ao JDI, para o sub-grupo dos enfermeiros que trabalha na VMER, os valores médios encontrados variam entre 40,31 para a dimensão “colegas do seu nível” e 65,20 para a dimensão “remunerações”, quando comparados os valores médios nos dois sub-grupos e aplicando-se o teste U Mann-Whitney verificámos que as diferenças apenas são significativas na dimensão “superior imediato” ( $Z=-2,091$ ,  $P=0,037$ ) sendo no sub-grupo dos enfermeiros que não trabalha na VMER que se verifica uma média mais elevada.

Na classificação dos elementos do nosso estudo em função do grau de satisfação profissional através da criação de grupos de corte, em três grupos (pouco satisfeitos, satisfeitos, muito satisfeitos), verificámos que os enfermeiros do nosso estudo se encontram satisfeitos, sendo pequeno o grupo que se encontra pouco satisfeito.

As hipóteses por nós formuladas, foram as que nos pareceram mais pertinentes e que maior interesse tinham em ser conhecidos os seus resultados. Nenhuma das hipóteses, se confirmou na totalidade, no entanto, as conclusões a que chegámos são:

- O nosso sub-grupo de estudo (enfermeiros que trabalham na VMER), está mais representado por elementos do sexo masculino;

- Têm idades compreendidas entre os 26 e 49 anos ( $\bar{x}$ =37,57 anos;  $s$ =5,525);

- 96,1% referiram trabalhar na VMER pelo gosto da área da emergência;

- 19,6% refere a intenção de vir a abandonar o serviço na VMER;

- Este sub-grupo de enfermeiros apresenta valores médios de sintomas de *stress* em contexto profissional mais baixos do que o sub-grupo de controlo;

- Segundo o manual norte-americano para a classificação do *burnout*, os dados do nosso sub-grupo são reveladores de um baixo nível de *burnout* nas dimensões da exaustão emocional (EE) e despersonalização (DP) e um nível elevado/médio na dimensão da realização pessoal (RP);

- Na avaliação da satisfação profissional e, segundo as dimensões do índice descritivo do trabalho (JDI), a grande maioria do nosso sub-grupo está satisfeito;

Concluimos ainda, que no sub-grupo dos enfermeiros das VMER's:

- A idade não interfere na percepção dos sintomas de *stress*, *burnout*, nem com a satisfação;

- As mulheres encontram-se mais realizadas profissionalmente que os homens, os quais apresentam menor auto-estima;

- A categoria profissional não explica diferenças na percepção do *stress* e *burnout*;

- Os elementos da VMER de Aveiro apresentam sintomas de *stress*, estatisticamente mais significativos do que os elementos das outras VMER's.

Tendo em conta as conclusões descritas, perspectivamos as seguintes sugestões:

- Sejam efectuadas a nível do INEM, acções de formação contínuas, com vista a uma melhor actualização dos conhecimentos e revisão de outros, embora já se verifique em alguns locais;

- Implementação do serviço de saúde ocupacional, tendo em vista adopção de medidas tendentes à prevenção do *stress* e *burnout* e promoção de uma saúde global e satisfação profissional, visto que prevenir tem os seus benefícios em relação ao tratamento;

- Formação que vise a adopção de mecanismos de adaptação eficazes (*coping*) com vista à redução do *stress*;

- Avaliações periódicas da saúde a todos os níveis. E dos aspectos focados neste estudo, considerando todas as VMER's existentes;

- Expansão rigorosa e metódica do SIEM a todo o país com prioridade para o interior, por forma a que todo o cidadão possa usufruir dos mesmos direitos e cuidados diferenciados.

A nível do INEM

É pertinente considerarmos algumas estratégias de prevenção e redução do *stress* ocupacional nesta actividade profissional:

- Material e equipamentos actualizados e sempre operacionais;
- Actualizações na formação;
- *Breafing's* frequentes para partilhar actuações e discutir formas alternativas de actuação;

- Motivação dos profissionais;
- Apoio administrativo adequado;
- Criação de carreiras profissionais com progressão adequada;
- Revisão do sistema remuneratório destes profissionais, de modo a acabar em alguns locais com a situação de trabalho igual com salário desigual e que contemple salários dignos e adequados à função exercida;

- Disponibilização de locais de convívio e actividades lúdicas para estes profissionais poderem relaxar, confortáveis, etc;

- Promoção de convívios frequentes inter-VMER's;
- Formação profissional planeada e adequada, e que sejam feitos esforços no sentido de fazer parte de uma forma abrangente nos cursos de formação básica e haver pós-graduações na área da emergência/urgência;

- Aprendizagem de técnicas de relaxamento e exercício físico que aliviam a tensão melhoram o humor e a resistência ao *stress*;

- Políticas organizacionais justas;
- Promoção da imagem destes profissionais junto da opinião pública;
- Sensibilização das populações para uma utilização mais adequada destes profissionais de forma a sentirem-se mais úteis e a facilitarem-lhe a sua actuação;

- Atribuição de prémios (não necessariamente monetários), a quem demonstre maior esforço, sentido de responsabilidade e disponibilidade;
- Reconhecimento pela actividade desenvolvida;
- Aumentar a tripulação da VMER para 3 elementos;
- Criação a nível dos CODU de sistemas de apoio organizados e acessíveis a todos os profissionais com a presença de psicólogo e assistente social.

### Referências bibliográficas

- Almeida, A. (1999). O papel dos Enfermeiros na Emergência Pré-Hospitalar. *Revista Mundo Médico*. 1:3, p. 80-84. Lisboa.
- Casanueva Urcullu, B. e Vittorio Di Martino (1994). Por la prevención del estrés en el trabajo, la estrategia de la OIT. *Salud Y Trabajo*. 102, p. 17-23.
- Chiavenato, I. (1997). *Introdução à teoria geral da administração*. 5.ª edição, Editora McGraw-Hill. São Paulo.
- Cydulka, R. K.; Lyons, J.; Moy, A.; Kathleen, S.; Hammer, J.; Mathews, J. (1989). A follow-up report of occupational stress in urban EMT-paramedics. *Annals of emergency medicine* 18:11 (Nov. 1989). p. 991-997.
- Cordeiro, J. D. (1987). *A saúde mental e a vida*. 2.ª ed.: Salamandra. Lisboa.
- Jesuíno, J. C.; Soczka, L, e Matoso, J. G. (1983). Aferição de uma escala de atitudes para avaliação da satisfação no trabalho. *Psicologia*, Vol. IV (N.ºs 1 e 2/1983), p. 103-122. Lisboa.
- Louro, C. M. D. (1995). *Tradução e adaptação da Work Environment Scale (WES) à população portuguesa*. Monografia de fim de curso apresentada na área de Psicologia Social e das Organizações. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Marcelino, R. (2002). Emergência Pré-hospitalar III: O INEM. *Jornal de Enfermagem*. N.º 43 (Maio de 2002). P. 4-7. Coimbra.
- Maslach, C. e Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- McIntyre, T. M.; McIntyre, S. E. e Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica* 3 (XVII): 513-527. ISSN: 0870-8231. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Mitchell, J. T. e Bray, G. P. (1990). *Emergency services stress, guidelines for preserving the health and careers of emergency services personnel*. New Jersey: Brady Prentice Career & Technology. ISBN: 0-89303-687-0. New Jersey.
- Neale, A. V. (1991). Work stress in emergency medical technicians. *Journal of occupational medicine*. 33:9, p. 991-996.

- Oliveira, A. S. S. (2001). *Estudo da Influência de alguns Factores de Stress em Profissionais das VMER's*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Pinheiro, M. E. G. (2002). *Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros do Serviço de Urgência*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.
- Selye, H. (1956). The Syndrome Produced by Diverse Noxious Agents. *Nature*, 138, 32-34.
- Sousa, M. L. P. T. (1999). *Stress, Satisfação Profissional e Trabalho por Turnos nos Enfermeiros*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.
- Stora, J. B. (1990). O stress. Porto: *Rés Editora*. Porto.



## Variáveis sócio-familiares e sociais e adesão à terapêutica em doentes com coronáriopatia isquémica

Luís Filipe Lopes; Carla Sofia Gonçalves; António Madureira Dias

### Introdução

A doença cardiovascular é um problema mundial de saúde. No mundo cerca de um terço das pessoas morrem de doença cardiovascular, na sua maioria de doença coronária e AVC. Nos países em desenvolvimento 80% das mortes são causadas por doença cardiovascular (THYGESEN, ALPERT & WHITE, 2007, p.2185).

Nos países desenvolvidos as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre as pessoas de ambos os sexos, sendo a doença das artérias coronárias a causa principal das doenças cardiovasculares (Manual Merck, 2008).

Estudos realizados em 2002 referem que, em Portugal morreram entre 10.000 a 99.999 pessoas, vítimas de coronariopatia. Comparativamente com outras causas de morte (tuberculose, acidentes de viação) na faixa etária entre os 15 e os 59 anos morreram cerca de 1332 mil pessoas vítimas de coronariopatias e cerca de 5825 mil pessoas na faixa etária superior a 60 anos com a mesma patologia (MACKAY & MENSAH, 2004).

Relatório de 2002 da Organização Mundial de Saúde refere que até 2020 mais de 50% da mortalidade e incapacidade resultantes da doença cardíaca isquémica (DCI) e dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) poderia ser evitada pela implementação de medidas simples e custo-efectivas a nível individual (intervenção medicamentosa) e nacional (desenvolvimento por parte dos governos de políticas e programas promotores da saúde populacional) dirigidas ao controlo adequado dos principais factores de risco da hipertensão arterial, hipercolesterolemia, tabagismo e obesidade (OMS, 2003).

Em Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares são extremamente prevalentes. Assim, as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal, sendo a terceira e a quarta causa de Anos de Vida Potencialmente Perdidos (Direcção-Geral da Saúde, 2002).

O enfarte agudo do miocárdio constitui a segunda causa de morte em Portugal, sendo a primeira os acidentes vasculares cerebrais. Trata-se de uma verdadeira epidemia que provocou em todo o mundo um enorme interesse por esta afecção, a nível da prevenção, tratamento e reabilitação.

Cerca de 75 % da doença cardiovascular pode ser atribuída ao conjunto dos Factores de Risco (FR) ditos modificáveis. A ausência da correcção destes FR poderá ser responsável pela perda de cerca de 25 % do conjunto de anos de vida saudáveis até ao ano de 2020 (Costa [et al], 2003). Os tratamentos implicam, na sua maioria, mudanças de comportamentos e hábitos de vida e a sua eficácia dependem da adesão dos indivíduos.

O tratamento pode ser invariavelmente longo. Um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, no cuidar dos doentes, é a dificuldade destes em seguir o tratamento de forma regular e sistemática. Embora seja necessária, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir. Com efeito, a questão da adesão é particularmente importante quando se trata do doente cardíaco. Embora não existam dados consistentes que relacionem a cardiopatia e adesão, é grande a repercussão da não-adesão, tanto no controle de sintomas, quanto na manutenção da capacidade funcional, tendo implicações importantes na sua qualidade de vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) reconhece que a baixa adesão à terapêutica interfere negativamente nos resultados dos tratamentos de doenças crónicas, com conseqüente aumento dos custos em saúde, e representa um importante problema de saúde pública. A adesão é fundamental para o sucesso da terapêutica no contexto de doenças cardiovasculares.

A relevância da questão na terapêutica é indiscutível: da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crónica, a prevenção de uma patologia. E se o doente não adere? Porque é que isso acontece? Será que o doente sabe o que é aderir ou tem consciência da questão?

Com efeito, a adesão terapêutica tem vindo a merecer uma grande atenção por parte da inúmera comunidade científica. A saúde pública, o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos melhorará através da eliminação de comportamentos de risco, difusão de meios de prevenção, promoção e a adopção de comportamentos de saúde mais generalizados das populações a par dos avanços na terapêutica (PEREIRA, ALMEIDA & DOMINGOS, 2008).



A pertinência do nosso estudo vem ao encontro desta ideia, ou seja, numa população que nos é familiar, os doentes cardiovasculares. Neste contexto, e seguindo a mesma linha de raciocínio, o nosso estudo debruça-se essencialmente sobre a adesão à terapêutica, sendo nossa pretensão, contribuir para o estudo da “**Adesão à Terapêutica em doentes com Coronáriopatia Isquémica**”.

Perante esta problemática, e movidos pela vontade de contribuir positivamente para a melhoria do nível de adesão dos nossos doentes, traçámos como principal objectivo do estudo, saber se existe efeito significativo entre as variáveis sociofamiliar (funcionalidade familiar e apoio social) e a adesão à terapêutica.

### **Material**

Para a realização do presente estudo e com vista à obtenção de resultados mensuráveis, foi utilizado um formulário como instrumento de colheita de dados, composto pela escala de Apgar familiar (Smilkstein, 1978) e pela escala de Apoio Social (Matos e Ferreira).

### **Métodos**

Foi desenvolvido um estudo transversal, analítico correlacional e quantitativo, no Distrito de Viseu numa amostra de 98 doentes com coronáriopatia isquémica, 60 homens e 38 mulheres.

Para que pudessem ser incluídos no estudo, os participantes tinham obrigatoriamente de possuir Nacionalidade Portuguesa, residir no Distrito de Viseu, ter idade superior a 25 anos e inferior a 95, não estar institucionalizados, ausência de deficiência mental, demência ou patologia psiquiátrica e ter um diagnóstico de coronáriopatia isquémica com menos de 10 anos em tratamento.

A amostra do estudo é do tipo não probabilístico, dado que resulta de factores como a acessibilidade e disponibilidade dos participantes, não dependendo de uma selecção aleatória.

O período de colheita de dados situou-se entre Agosto e Outubro de 2008.

### **Resultados**

No que concerne à relação entre a **variável coabitação e a adesão à terapêutica** analisando a TABELA 1 verificamos que os indivíduos da amostra que coabitam com o

conjugue apresentam maior adesão à terapêutica com uma média de 5.44, contrariamente aos que vivem sozinhos, apresentando menor adesão à terapêutica ( $\bar{X} = 5.13$ ), apesar de não existir uma relação estatisticamente significativa ( $F=1.015$ ;  $p=0.404$ ). O que equivale a afirmar que a coabitação não tem efeito significativo na adesão à terapêutica.

**TABELA 1 – Associação entre a coabitação e a adesão à terapêutica**

Coabitação	Conjugue n=33		Família restrita n=35		Família alargada n=8		Sozinho n=21		Lar n=1		F	P
	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp		
<b>MAT</b>	5.44	0.647	5.24	0.675	5.26	0.985	5.13	0.627	6.0	-	1.015	0.404

F - ANOVA

Para testar o efeito da variável Índice funcionalidade familiar na variável adesão à terapêutica, utilizámos o teste ANOVA. Pela análise da tabela observámos que existe efeito estatisticamente significativo entre a funcionalidade familiar e a adesão terapêutica ( $F=4.192$ ;  $p=0.018$ ) (TABELA 2). Desta forma aceitamos a hipótese supra citada como válida, o que equivale a afirmar que quanto maior a funcionalidade familiar melhor é a adesão à terapêutica.

As diferenças estatísticas ( $p = 0.043$ ) situam-se entre a família com moderada disfunção e família altamente funcional com uma média de 4.88.

Para testar o Apgar familiar total utilizamos o teste de Correlação de Pearson, (TABELA 3) onde verificamos que existe uma associação positiva baixa, apresentando uma estatística bastante significativa ( $r=0.283$ ;  $p=0.005$ ).

**TABELA 2 – Associação entre a funcionalidade familiar e a adesão à terapêutica**

Apgar familiar	Família com acentuada disfunção n=13		Família com moderada disfunção n=11		Família altamente funcional n=74		F	p
	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp		
<b>MAT</b>	5.03	0.657	4.88	0.690	5.40	0.660	4.192	0.018*

F – ANOVA

\* $p < 0.05$

**TABELA 3 – Associação entre a Apgar familiar e a adesão à terapêutica**

Apgar Total	r	p
<b>MAT</b>	0.283	0.005*

r - correlação de Pearson

\*p<0.01

Com a finalidade de testar o efeito do apoio social na variável adesão à terapêutica, utilizamos a correlação de *Pearson*. Através da análise da tabela tendo em conta os três factores do apoio social: Apoio Informativo ( $r=0.329$ ,  $p=0.001$ ); Apoio Emocional ( $r=0.309$ ,  $p=0.002$ ) e Apoio Instrumental ( $r=0.137$ ,  $p=0.179$ ), observámos que o Apoio Informativo é altamente significativo na adesão à terapêutica, o Apoio Emocional é estatisticamente bastante significativo na adesão à terapêutica e Apoio Instrumental não é estatisticamente significativo na adesão à terapêutica em doentes com coronáriopatia isquémica.

Pela análise da TABELA 4 verificamos a existência de uma associação muito baixa e positiva entre o Apoio Instrumental e uma associação baixa e positiva entre o Apoio Informativo e o Apoio Emocional na adesão à terapêutica em doentes com coronáriopatia isquémica.

Aferimos ainda a existência de uma associação positiva baixa e a presença de efeito estatisticamente bastante significativo entre o Apoio Social total e a adesão à terapêutica ( $r=0.316$ ;  $p=0.002$ ). Desta forma, quanto maior for o apoio social melhor é a adesão à terapêutica em doentes com coronáriopatia isquémica (TABELA 4).

**TABELA 4 – Associação entre a Apoio social e a adesão à terapêutica**

Apoio Social	MAT	
	r	p
Apoio Informativo	0.329	0.001**
Apoio Emocional	0.309	0.002*
Apoio Instrumental	0.137	0.179
<b>Valor Global – AS</b>	0.316	0.002*

r - correlação de Pearson    \*\*p<0.001    \*p<0.01

## Discussão

**Relativamente à coabitação**, o nosso estudo apresenta que 46.7% dos homens e 18.4% das mulheres vivem com família restrita. Verificamos que existem mais mulheres a viverem sozinhas do que homens 31.6% para 15.0% respectivamente. Comparando com o estudo de GOUVEIA (2004) constatamos que este obteve resultados semelhantes, ou seja 78.3% dos homens e 34.4% vive com família restrita. Também ele obteve mais mulheres (18.8%) a viverem sozinhas do que homens (2.2%). Contudo, a coabitação não tem influência na adesão à terapêutica ( $F = 1.015$ ,  $p = 0.404$ )

**No âmbito do apgar familiar** o estudo revela que 75.5% da amostra tem uma família altamente funcional. O tipo de funcionalidade familiar tem efeito bastante significativo na adesão à terapêutica ( $r = 0.283$ ,  $p = 0.005$ ), ou seja, quanto melhor for a funcionalidade familiar mais elevada será a adesão à terapêutica.

**Quanto ao apoio social**, através do estudo observamos que quanto maior for o apoio social maior é a adesão à terapêutica e que os homens revelaram dispor de maior apoio social do que as mulheres ( $t = 2.269$ ,  $p = 0.025$ ). Estudo realizado na região do grande Porto, com uma amostra não aleatória de 133 diabéticos tipo 2, refere que a maioria das mulheres não referiu ter apoio dos familiares para cuidar da sua diabetes e grande parte dos homens sentiram-se apoiados pelas suas esposas ou familiares no tratamento da sua doença, o que vai de encontro aos resultados obtidos no presente estudo, (SOUSA, 2003).

## Conclusões

As doenças isquémicas coronárias, apesar da baixa taxa de mortalidade observada no nosso país comparativamente a outros países europeus, devem continuar a ser uma preocupação para o nosso sistema de saúde, dado existir uma perspectiva de crescimento da sua incidência, apontada internacionalmente, até ao ano de 2025. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A Organização Mundial de Saúde defende que, a adesão melhora consideravelmente, quando existe acesso à informação, apoio e monitorização constante, o que implica uma redução dos efeitos negativos provocados pela doença com melhoria da qualidade de vida dos doentes e diminuição da carga das condições crónicas (WHO, 2003, p.3). Desta forma,

revelou-se pertinente a realização de um estudo que avalie a adesão à terapêutica em doentes com coronariopatia isquémica.

Concluimos assim que a funcionalidade familiar e o apoio social têm efeito sobre a variável dependente em estudo.

Desta forma, verificamos que os inquiridos com melhor funcionalidade familiar e melhor apoio social são os que apresentam maior adesão à terapêutica.

### **Referências bibliográficas**

BERKOW, Robert ed.lit.- **Manual Merck : saúde para a família**. Lisboa: Oceano, 1997. ISBN 972-8528-64-7.

COSTA, João [et al] - **Incidência e Prevalência da Hipercolesterolemia em Portugal: Uma Revisão Sistemática da Literatura**. Parte I - Revista Portuguesa de Cardiologia, 2003, p. 569-577.

MACKAY, Judith; MENSAH, George A. – Atlas of heart disease and stroke 2006 [Em linha]. WHO, 2004. [consult.17 a Março 2008]. Part three: The burden, cap. 13 – Global burden of coronary heart disease. Disponível em <URL:

[http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/cvd\\_atlas\\_13\\_coronaryHD.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_13_coronaryHD.pdf)>.

MATOS, Ana Paula; FERREIRA, Andreia – Desenvolvimento duma Escala de Apoio Social: Alguns Dados sobre a sua Fiabilidade. Psiquiatria Clínica. Coimbra: Vol. 21, n. º 3, (Julho/Setembro de 2000).

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares**. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Brasília, 2003.

PEREIRA, Gabriela; ALMEIDA, Conceição; DOMINGOS, Manuel – Stress e as doenças cardiovasculares. Ser Saúde. Póvoa de Lanhoso. Nº 10 (Abril/Maio/Junho, 2008), p. 53-71.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. Lisboa: DGS, 2003.

SMILKSTEIN, G.; ASHWORTH, C.; MONTANO, D. – **Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function**. J. Fam. Pract, vol.15, 1982.

SOUSA, M.R.M.G.C. - Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2 [Em linha] BRAGA, 2003. [Consult.18 Março 2008]. Dissertação ao Mestrado de Educação, área de especialização de Educação para a Saúde, apresentada na Universidade do

Minho, Instituto de Educação e Psicologia. Disponível em [www:<URL:https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/668/1/tese\\_finalMS.pdf>](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/668/1/tese_finalMS.pdf).

THYGESEN, Kristian; ALPERT, Joseph S; WHITE, Harvey – Universal definition of myocardial infarction. Journal of the American College of Cardiology [em linha]. Vol.50, nº 22 (November 2007), p. 2173–2195. [Consult. 12 Março 2008]. Disponível em <URL: <http://www.content.onlinejacc.org/cgi/content/full/50/22/2173>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Publications: adherence to long-term therapies: evidence for action** [Em linha] 2003.[Consult.17 Março 2008]. Disponível em <URL: [http://w.w.w.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/eh/index.html](http://w.w.w.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/eh/index.html)>.

## **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**





## Indivíduo dependente em contexto domiciliário: determinantes da sobrecarga do cuidador informal

Martins R.<sup>1</sup>, Albuquerque C.<sup>1</sup>, Moreira H.<sup>1</sup>, Andrade A.<sup>1</sup>, Ribeiro O.<sup>1</sup>, Saraiva P.<sup>2</sup>, Tavares M.<sup>2</sup>, Monteiro R.<sup>3</sup>, Paixão H.<sup>3</sup>, Rodrigues L.<sup>3</sup>

**Palavras-chave:** Cuidador Informal; Dependência Funcional; Sobrecarga

### Introdução

Mercê de uma panóplia de factores, com prioridade para os distintos avanços tecnológicos (nomeadamente no contexto da medicina), aumento da esperança de vida, diminuição da natalidade e conseqüente existência de pessoas com idade mais avançada, é possível ressaltar o advento das doenças crónicas. Reciprocamente, e porque nem sempre o envelhecimento é sinónimo de manutenção de autonomia, a esta realidade estão relacionados graus mais elevados de dependência funcional, com inegável tradução na satisfação de necessidades específicas inerentes à realização das actividades de vida diária.

Como tal, é uma situação que não deve passar despercebida aos profissionais de saúde que têm, neste contexto, um significativo contributo a dar. Cabe-lhes, concretamente, ultrapassar as barreiras físicas das instituições de saúde onde trabalham e ir de encontro aos problemas das famílias e dos cuidadores com uma atitude de abertura propondo-lhes parceria na responsabilidade que a assistência aos familiares constitui.

Nesta linha de ideias, segundo IMAGINÁRIO (2004), a maior prevalência de doenças crónicas e degenerativas compromete o recurso a cuidados de longa duração, com implicação na maior carência em termos de apoio formal e informal, que, muitas vezes, se desenvolve em contextos socio-económicos e familiares desfavoráveis, dada a transferência (inevitável) dos cuidados hospitalares para o domicílio.

Efectivamente, nas sociedades ocidentais, o envelhecimento populacional e as pressões sócio-laborais colocam dificuldades às famílias com indivíduos dependentes em contexto domiciliário.

---

<sup>1</sup> Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.

<sup>2</sup> Hospital Sousa Martins — Guarda.

<sup>3</sup> Hospital de São Teotónio — Viseu.

De igual modo, sabe-se que estes indivíduos/famílias com diferentes níveis de dependência e dificuldades, sendo cuidados por outros, a que classificamos de *Cuidador(es) Informal(ais)*, merecem uma intervenção particular e individualizada no intuito de assegurarem com qualidade a continuidade de cuidados que lhes foi confiada.

Sendo assim, dada a importância conferida à família, e, concretamente, ao ambiente e seio familiares enquanto valioso recurso para garantia a continuidade de cuidados, não é menos verdade o leque imenso de dificuldades e sobrecarga percebida e/ou manifestada pelos cuidadores informais que a integram.

Subleva-se, portanto, o imprescindível reajustamento no seio da família e, concretamente, do Cuidador Informal, com implicações frequentes na dinâmica e organização familiar, reflectindo mesmo sentimentos de desespero, revolta e angústia face à (in)eficácia de uma assistência apropriada. Esta vivência do cuidador é designada por sobrecarga.

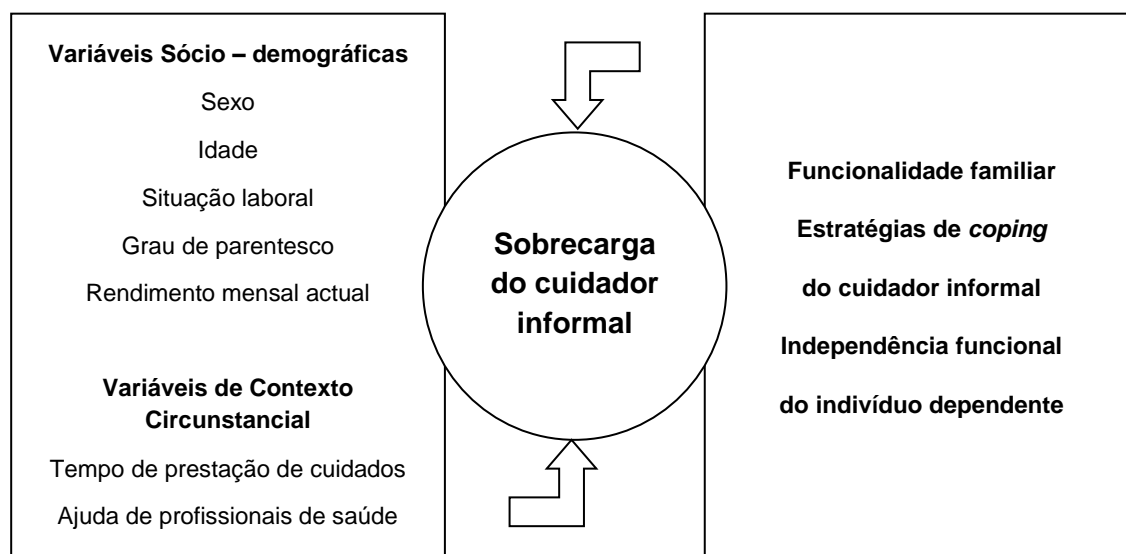
É neste contexto que surge a pesquisa centrada nos prestadores de cuidados visando atingir os seguintes objectivos gerais: Avaliar a sobrecarga do cuidador informal do indivíduo dependente em contexto domiciliário; Conhecer os principais factores determinantes da sobrecarga destes prestadores de cuidados.

## **Material e Métodos**

Nesta pesquisa não experimental de natureza quantitativa e transversal, seguindo uma via descritivo-correlacional, recorreremos a uma amostra não probabilística, constituída por 46 Cuidadores Informais da área dos Centros de Saúde de Pinhel e Celorico da Beira e do Hospital de São Teotónio EPE (Viseu), maioritariamente do sexo feminino (73,9%), com idade média de 57,24 anos (Dp=15,45).

A aplicação do instrumento de pesquisa foi efectuada entre 1 de Junho e 31 de Agosto de 2007, tendo sido utilizados: a *Escala de Apgar Familiar* na caracterização da funcionalidade familiar (construída por Smilkstein, 1978, e adaptada à população portuguesa por Azeredo em 1998); o *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal* (QASCI), criado em 2003 por Pais Ribeiro, Teresa Martins e Garrett, com a finalidade de avaliar a sobrecarga emocional, social e física do cuidador informal; e o *Índice ADL de Barthel* (criada por Dorothea Barthel em 1965, reformulada por Collin & Wade em 1989) para a avaliação da independência funcional.

A articulação das variáveis estudadas na presente investigação é apresentada de forma esquematizada no modelo conceptual representado na Figura.



O tratamento estatístico dos dados foi realizado usando programas informáticos (SPSS 13.0 - Statistical Package For Social Science), tendo sido utilizados os métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial. Na análise de todas as significâncias estatísticas assumimos como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipótese  $\alpha=0,05$ .

## Resultados

**Caracterização da amostra dos cuidadores informais:** Relativamente às características sócio-demográficas, verificámos que os indivíduos do sexo feminino predominam (73,9%), sendo estes cônjuges ou descendentes directos da pessoa dependente (80,5%).

Quanto à idade, a média de 57,24 anos ( $Dp = 15,45$ ), sendo 37% dos cuidadores incluídos no grupo etário dos 45 – 64 anos. O perfil do cuidador tipo passa ainda por ser casado (82,6%) e residente em meio rural (63,0%).

Predomina uma maioria de indivíduos sem actividade profissional fora do lar (65,2%) e com baixo nível de instrução (54,4% possui menos de cinco anos de escolaridade, sendo mesmo 13,0% analfabetos). De referir ainda que somente 10,9% dos prestadores são especialistas das profissões intelectuais e científicas, o que reforça o baixo nível de escolaridade encontrado. Neste contexto, o baixo poder económico que caracteriza a amostra é perfeitamente compreensível (65,2% vivem com um rendimento inferior a 500 euros).

Em termos de caracterização circunstancial, a distância que separa os cuidadores do serviço de saúde mais próximo é relativamente curta (apenas 21,7% vivem a mais de 6 km). Todavia, apenas 32,6% da amostra utilizam transporte próprio para efectuar essa deslocação.

Existe uma significativa percentagem de prestadores que não possui qualquer ajuda no desenvolvimento quotidiano das suas tarefas (37%).

No que se reporta ao tempo de prestação de cuidados, o grupo mais representativo da amostra (39,1%) dispensa cuidados há mais de 13 e há menos de 24 meses. Finalmente, numa perspectiva de caracterização familiar, a maioria da amostra (65,2%) considera fazer parte de uma família funcional.

**A sobrecarga do cuidador informal:** A avaliação desta variável (dependente no nosso estudo) foi conseguida através do QASCI, obtendo os níveis de sobrecarga do cuidador referentes às dimensões que compõem este instrumento.

Foi possível verificar que a dimensão com maior pontuação média e, como tal, indicativa de maior nível de sobrecarga corresponde à sub-escala “implicações na vida pessoal” do cuidador imediatamente seguida pela “sobrecarga emocional”. Desta forma, podemos considerar que estas duas dimensões constituem o factor central na avaliação da sobrecarga.

A relevância que a “sobrecarga emocional” obtém na amostra estudada permite verificar que as repercussões negativas da prestação de cuidados se evidenciam sobretudo na esfera psicológica.

Por outro lado, as dimensões “satisfação com o papel e o familiar” e “suporte familiar” foram as que obtiveram pontuações mais baixas e que, como tal, menos contribuíram para a sobrecarga global. Tal facto indica que os cuidadores em estudo têm uma percepção positiva relativamente ao desempenho do seu papel e um reconhecimento familiar satisfatório. Adquire especial relevo, neste contexto, a percepção positiva da maioria dos prestadores no que respeita à funcionalidade da sua família. Como estamos em presença de componentes positivas do QASCI, observámos que uma ampla maioria dos inquiridos parece estar satisfeita com o seu papel e com a relação de proximidade que mantêm com o familiar alvo de cuidados.

***Relação entre variáveis sócio-demográficas, circunstanciais, funcionalidade familiar, estratégias de coping, independência funcional do indivíduo dependente:***

Caracterização sócio-demográfica – Os resultados da análise inferencial mostram que o não existe efeito significativo do sexo na sobrecarga do cuidador informal, muito embora, globalmente, os homens exibam maior nível de sobrecarga no desempenho do papel de cuidadores. Relativamente à idade do prestador, não se verificou uma associação directa na percepção da sobrecarga, uma vez que a diferença encontrada não é significativa do ponto de vista estatístico. No que concerne à relação de parentesco, ressalta que cônjuges e filhos exibem níveis muito semelhantes de sobrecarga (embora maior no caso dos descendentes), não sendo, no entanto, relevante neste contexto, uma vez que a diferença encontrada não é estatisticamente significativa. A associação entre a situação laboral e a percepção da sobrecarga não se mostrou estatisticamente significativa em termos globais. Tal apenas se verificou na associação com uma dimensão do QASCI, concretamente os “mecanismos de eficácia e controlo”. Sendo a amostra essencialmente constituída por cuidadores com baixo poder económico, não mostrou, em termos globais, a existência de associação estatística significativa entre o rendimento mensal e a sobrecarga percebida pelos cuidadores.

Caracterização circunstancial (tempo de prestação de cuidados e ajuda de profissionais de saúde) – No que se refere ao tempo de prestação de cuidados, podemos depreender que aos indivíduos há mais tempo no exercício dessas tarefas corresponde um maior nível de sobrecarga. Estes resultados não provam, contudo, a existência de diferença estatisticamente significativa.

Os presentes resultados, embora mostrando que a maioria dos cuidadores obtém ajuda de profissionais de saúde, sugerem que esta não contribui de forma significativa para o alívio da sobrecarga dos prestadores que constituem a amostra. A percepção da sobrecarga é semelhante, sendo mais elevada nos prestadores que afirmam contar com a ajuda de técnicos.

Funcionalidade familiar – A importância da família, ainda que ameaçada pelas contingências e alterações da vida actual, mostrou ser uma variável significativa na determinação da sobrecarga do cuidador informal, permitindo inferir (de forma significativa) que os cuidadores pertencentes a famílias disfuncionais são aqueles que apresentam maior sobrecarga.

Estratégias de coping – No que se reporta à caracterização das estratégias de *coping* verificámos a existência de correlação estatística significativa entre as estratégias de coping e a sobrecarga do cuidador informal, apenas ao nível do “suporte familiar” e dos “mecanismos de eficácia e controlo”.

Independência funcional do indivíduo dependente – Esta investigação permitiu-nos inferir (de forma significativa) que para maiores níveis de dependência são encontrados maiores níveis de sobrecarga.

### **Conclusões**

Verificámos que as “implicações na vida pessoal” do cuidador e a “sobrecarga emocional” apresentaram pontuações mais elevadas de sobrecarga, contrariamente à “satisfação com o papel e o familiar” e “suporte familiar” que obtiveram pontuações mais baixas. Igualmente, destacou-se a predominância do sexo feminino como cuidador informal, apesar de os homens exibirem maior nível de sobrecarga. Os cuidadores com baixo poder económico evidenciaram níveis de sobrecarga mais elevados. Por outro lado, sensibilizou os investigadores para a importância em ajustar os cuidados específicos de reabilitação às expectativas e necessidades desses cuidadores informais.

### **Referências Bibliográficas**

- AZEREDO, Z.; MATOS, E.– Avaliação do relacionamento do idoso em medicina familiar. Geriatrics. Lisboa: [s. n]. Vol. 2, n.º 20 (1998), p.28.
- BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini; ANGELO, Margareth – Interacção cuidador familiar – pessoa com AVC: autonomia partilhada. Ciência & saúde colectiva. [S.I.]: [s.n]. Vol. 10, n.º 3 (2005), p.729.
- BRITO, Luísa – A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.
- CATTANI, Roceli Brum; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira – Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Revista Electrónica de Enfermagem. [S.I.]: [s.n]. Vol. 6, nº2 (2004), p.254.
- CELMA VICENTE, Matilde – Cuidadoras informales y enfermeras: relaciones dentro del hospital. Revista ROL de Enfermería. Barcelona: [s. n]. n.º 26 (2003), p. 190.
- COLLIN, C.; WADE, D.T. – The Barthel ADL Index: a reability study. Disabil. [S.I.]: [s. n] n.º 10 (1988), p.61.

- CORREIA, C. I. S. [et al.] – A Família do Doente Dependente. Servir. Lisboa: [s. n]. Vol. 53, nº. 3 (2005), p. 126.
- CRESPO, M. ; LOPEZ, J. – Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes. Psicothema. [em linha]. 2007, vol.19. [citado em 29 de Outubro de 2007]. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/results>>.
- FERNANDES, Margarida [et al.] – Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. Sinais Vitais. Coimbra: [s. n]. n.º 43 (2002), p. 31.
- FRANCO, Jorge – Cuidador familiar: um personagem muitas vezes esquecido. [em linha]. 2007. [citado em 29 de Outubro de 2007]. Disponível em: <[http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_magazine&func=show\\_article&id=137](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_magazine&func=show_article&id=137)>.
- IMAGINÁRIO, Cristina – O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau, 2004.
- MAROTE, Ana [et al.] – Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da Região Autónoma da Madeira. Sinais Vitais. Coimbra: Formasau. n.º 61 (2005), p. 19.
- MARQUES, Sónia Catarina Lopes – Os cuidadores informais de doentes com AVC. Coimbra: Formasau, 2007.
- MARTINS, Teresa; RIBEIRO, José L. Pais; GARRETT, Carolina – Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. Psicologia, Saúde e Doenças. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Vol. IV, n.º 1 (2003), p. 131.
- MONIS, Cristina [et al.] – Sobrecarga do cuidador informal. Informar. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. n.º 35 (2005), p. 49.
- MONTEIRO, Rui; MARTINS, R. M. L. – Envelhecimento e AVC. Família: Delegação ou Responsabilidade?. Servir. Lisboa: [s. n]. Vol. 54, nº. 4 (2006), p. 165.
- NOLAN, M. [et al.] – Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping. Buckingham: Open University Press, 1996.
- PAÚL, C.; FONSECA A. – Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS. 3ª. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.
- RIBEIRO, José Luís Pais – Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra: Quarteto, 2005.
- SANTOS, Paulo Alexandre Lopes dos – *O familiar cuidador em ambiente domiciliário – sobrecarga física, emocional e social*. Lisboa: [s.n], 2005. Tese de Mestrado.
- SMILKSTEIN, G.; ASHWORTH, C.; MONTANO, D. – Validity and reliability of the Family Apgar as a test of family function. J. Fam. Pract. [S.l.]: [s. n]. Vol. 15 (1982) p. 303.





## Qualidade de vida e dor lombar em profissionais da construção civil

Ribeiro, O<sup>1</sup>; Cunha, M<sup>1</sup>; Alunos do 9<sup>o</sup>CLE<sup>1</sup>; Alunos do 3<sup>o</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP – Viseu

### RESUMO

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Dor Lombar; Profissionais da construção civil.

**Enquadramento:** Um dos principais problemas de saúde que enfrentam os trabalhadores da construção civil é a dor lombar. A dor interfere na qualidade de vida dos indivíduos, pelo que se torna pertinente analisar os factores que a influenciam nestes profissionais.

**Objectivos:** Avaliar a qualidade de vida dos profissionais da construção civil; Avaliar as características da dor lombar manifestada pelos profissionais da construção civil; Analisar a influência das variáveis sócio-demográficas, variáveis de saúde, do sono e dos aspectos psicossociais do trabalho, na qualidade de vida dos profissionais da construção civil.

**Material e métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal, numa amostra de 213 profissionais da Construção Civil, com idades compreendidas entre os 17 e os 69 anos, cuja média de idades é de 37.916 anos (Dp=12.295), abrangendo predominantemente a Nacionalidade portuguesa (93.43%).

**Instrumento de colheita de dados:** Questionário de Sono de Oviedo (COS), (Garcia [e tal.], 2000); World Health Organizations Quality of Life (WHOQOL-Bref), (Vaz Serra e Canavarro, 2005); Escala de Graffar (DGS, 2001); Aspectos Psicossociais do Trabalho (PAW), (Johnstad, H., 1989).

**Resultados:** Do total de inquiridos, 59.62% refere ter habitualmente lombalgias. A maioria sentiu esta dor mais de três vezes no último ano (62.21%). O valor médio de QDV foi de 66,488 (WHOQOL-100).

**Conclusões:** Os resultados do estudo sugerem que os trabalhadores da construção civil do distrito de Viseu têm uma QDV razoável. Sugerem ainda que a QDV é melhor nos profissionais de nacionalidade portuguesa; com melhores habilitações literárias; com melhor nível sócio-económico; sem acidentes de trabalho; que se sentem satisfeitos com o seu sono e que apresentam satisfação profissional e menor stress mental. Relativamente à idade, quanto maior, pior a QDV.

---

<sup>1</sup> CI&DETS ESSV IPV.

## **Introdução**

A construção civil é uma actividade económica com especificidades próprias, cuja actividade é tendencialmente pro-cíclica, dependendo da economia global.

Um dos principais problemas que enfrentam os trabalhadores que manuseiam e movimentam cargas é a dor lombar, podendo conduzir a problemas agudos ou crónicos a sua qualidade de vida.

A ARSC (2003) define dor lombar aguda, toda a dor que tenha uma duração inferior a 4 semanas, e caracteriza-se por não estar associada a nenhuma condição médica grave, resolvendo-se, na maioria dos casos, espontaneamente. Surge de forma súbita, geralmente por esforços inadequados.

O mesmo autor define dor crónica como toda a dor com duração superior a 6 meses, e ao contrário da dor aguda, muitas vezes é desencadeada por pequenos movimentos e não por esforços violentos.

A qualidade de vida “é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Lino, 2004).

Estudos têm revelado que a dor interfere na qualidade de vida dos indivíduos, pelo que se torna pertinente analisar os factores que influenciam a qualidade de vida destes profissionais.

## **Material e métodos**

O estudo quantitativo, descritivo e transversal, desenvolvido numa amostra de 213 profissionais da Construção Civil, com idades compreendidas entre os 17 e os 69 anos, cuja média de idades é de 37.916 anos (Dp=12.295), abrangeu predominantemente a Nacionalidade portuguesa (93.43%), com 55.40% da amostra a pertencer às categorias de Carpinteiro (16.90%), Trolha (15.02%), Servente (12.21%) e Pedreiro (11.27%).

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o questionário de Sono de Oviedo (COS), (Garcia [e tal.], 2000), o World Health Organizations Quality of Life (WHOQOL-Bref), (Vaz Serra e Canavaro, 2005), a escala de Graffar (DGS, 2001), e Aspectos Psicossociais do Trabalho (PAW), (Johnstad, H., 1989).

## **Resultados**

Do total dos inquiridos da amostra, 59.62% refere ter habitualmente lombalgias, tendo 80.00% dos indivíduos idades compreendidas entre os 55 e 69 anos, seguido dos indivíduos com 17 a 29 anos, com 45.16%. A frequência da dor lombar aumenta com o aumento de nº de horas de trabalho [10-12 h (61.70%) e 6-8h (50.00%)]. A dor é mais frequente em indivíduos com patologia da coluna - 87.93%. Sem patologia da coluna é de 48.70%. A maioria sentiu esta dor mais de três vezes no último ano (62.21%) e apenas 5.51% sentiu uma vez no último ano. 41.73% dos trabalhadores refere que quando sente dor, esta se prolonga por um dia e apenas em 2.36% se prolonga por 6 meses ou mais. Dos 75 trabalhadores que recorreram aos cuidados de saúde, 16% tiveram internamento e 22,05% necessitaram de baixa médica.

Como resultado da aplicação do questionário de OVIEDO (COS), verificamos que 41.31% apresenta-se pouco satisfeito na avaliação subjectiva do sono ( $\bar{x}$ =4.479 num Min. de 1.000 e Max. de 7.000). Com insónia grave obtivemos 33.80% dos inquiridos ( $\bar{x}$ =15.915 num Min. de 9.000 e Max. de 45.000) e hipersónia grave 38.80% ( $\bar{x}$ =4.362 num Min. de 3.00 e Max. de 15.00).

O valor médio de qualidade de vida foi de 66,488 (Dp=12.011), com Min. de 15.466 e Max. 95.000 (WHOQOL-100). O domínio que apresentou melhor média foi o das relações sociais ( $\bar{x}$ =70.931; Dp=19.250) e o pior, o domínio ambiente ( $\bar{x}$  =59.243; Dp=13.155). Com elevada qualidade de vida usufruem 37.09% dos profissionais e 34.74% uma fraca qualidade de vida.

Verificamos que 57.28% dos inquiridos estão integrados em famílias de classe média, com nível socioeconómico razoável, 72,77% tem patologia de coluna, sendo que 69,00% refere patologia depois do início da actividade e 44,60% já tiveram acidentes de trabalho.

A satisfação no trabalho foi considerada em 34.74% como razoável ( $\bar{x}$ =25.465, num mínimo de 7 e um máximo de 35).

### **Qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas:**

Quanto maior é a idade, pior a QDV ( $r=-.234$ ;  $p=.001$ ).

Os trabalhadores da construção civil de nacionalidade portuguesa têm uma QDV mais elevada, relativamente a outras nacionalidades ( $z=-3.715$ ;  $p=.000$ ).

Relativamente às habilitações literárias a QDV dos trabalhadores da construção civil com o ensino superior é mais elevada, que naqueles que têm o ensino secundário e básico, sendo a QDV pior nos profissionais com o ensino básico ( $H=7.274$ ;  $p=.026$ ). Nas categorias

profissionais aferimos, que são os canalizadores os profissionais que apresentam melhor QDV ( $H=28.829$ ;  $p=.004$ ).

Quanto mais elevado é o nível socioeconómico, maior é a QDV ( $r=-3.79$ ;  $p=.000$ ).

### **Qualidade de vida e práticas de saúde**

Os profissionais que tomam pequeno-almoço, apresentam melhor QDV global em todos os domínios ( $Z= -3.649$ ;  $p=.000$ ).

Os profissionais com boletim de vacinas actualizado, apresentam melhor QDV ( $Z= -3.730$ ;  $p=.000$ ).

A QDV é pior nos profissionais com patologia da coluna, sendo esta fortemente influenciada pelo deteriorar do domínio físico. Também PONTE (2007), constatou que a QDV é pior nos profissionais com hérnia discal ( $Z= -2.242$ ;  $p=.025$ ).

Quanto à influência da ocorrência de acidentes de trabalho na QDV nos profissionais, verificou-se que são os profissionais que referem nunca ter sofrido acidentes de trabalho os que apresentam melhor QDV ( $Z= -2.145$ ;  $p=.032$ ).

Os profissionais que não consomem tabaco apresentam melhor QDV em geral e para os domínios físicos, psicológicos e das relações sociais ( $z=-3.972$ ;  $p=.000$ ).

### **Qualidade de vida e dor lombar**

A QDV é significativamente pior nos profissionais que referem habitualmente dor lombar, sendo esta fortemente influenciada pelos baixos valores para o domínio físico. Também WEINSTEIN e BUCKWALTER (2006) descrevem que a dor na região lombar é um dos problemas médicos mais comuns, levando a uma pior QDV ( $H=17.623$ ;  $p=.003$ ).

### **Qualidade de vida e padrão de sono**

Quanto maior é a satisfação com o sono, maior é a QDV ( $r=.494$ ;  $p=.000$ ). Por outro lado constata-se que quanto maior é o grau de insónia e hipersónia pior é a QDV nos profissionais. Também BUMBLYTE (2005) e BERGER e HAPPE (2003) verificaram que quanto pior for a qualidade do sono, pior é a QDV ( $r=-.264$ ;  $p=.000$ ) ( $R=-.315$ ;  $p=.000$ ).

### **Qualidade de vida e variáveis psicossociais**

Quanto maior for a satisfação profissional, o suporte social e o stress mental maior será a QDV dos profissionais no geral e para os diversos domínios. Também ABRUNHEIRO (2007), encontrou correlação entre as variáveis suporte social e QDV, aumentando a QDV com o suporte social ( $r=.481$ ;  $p=.000$ ).

### **Conclusões/Sugestões**

Os resultados do estudo indicam que os trabalhadores da construção civil do distrito de Viseu têm uma QDV razoável.

No que concerne á influência da dor Lombar na QDV é pior nos trabalhadores que referem sentir dor lombar.

No que respeita ao sono, quando a satisfação deste ocorre maior a QDV.

No que depende dos aspectos psicossociais do trabalho, inferiu-se que quanto maior a satisfação, melhor a QDV.

No que respeita aos aspectos das praticas de saúde, quanto maior a satisfação destas maior é a QDV.

Relativamente às variáveis sócio-demográficas, quanto maior a idade dos trabalhadores menor QDV; os trabalhadores de nacionalidade portuguesa têm maior QDV; os trabalhadores que têm maiores Habilitações Literárias têm maior QDV; na categoria profissional são os canalizadores os que têm maior QDV; quanto maior o nível socioeconómico maior a QDV.

Como sugestão para melhorar QDV destes trabalhadores seria de implementar nas entidades empregadoras uma formação que engloba-se temáticas como a manutenção de uma correcta postura no levantamento e transporte de cargas, a segurança no trabalho, alertar os profissionais para os riscos de acidentes de trabalho a que estão sujeitos e despertá-los para o uso dos dispositivos de protecção individual.

### **Referências bibliográficas**

CANAVARRO, Maria Cristina; VAZ SERRA, Adriano - **Qualidade de Vida** [em linha].Coimbra:(s.n.),2006.(consult. 02 de Novembro de 2006). Disponível em [www:<URL:http://www.fpce.uc.pt/cientificas/whoqol/paginas/projeto.htm>](http://www.fpce.uc.pt/cientificas/whoqol/paginas/projeto.htm)

SANTOS,Paulo Roberto - **Relação do Sexo e da Idade com Nível de Qualidade de Vida em Renais Crónicos e Hemodialisado**. [em linha]. Ceará: Revista Associação Médica Brasileira (2006).(consult.em 13 de Janeiro de 2007). Disponível em [<www:URL:http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a26v52n5.pdf >](http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a26v52n5.pdf)

- NUNES, Maria Madalena Jesus Cunha - **Qualidade de Vida e Diabetes: Influência das Variáveis Psicossociais** .(s.n.) Coimbra, 1999, 306p. Dissertação de Mestrado em Sócio-psicologia apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.
- PONTE, K.- **Análise da Qualidade de Vida de Indivíduo com Hérnia de Disco Lombar que estão sob Tratamento Fitoterapêutico Conservador** [em linha]. [s.l.]: [s.n.] (s.d.). [consult. 29 de Maio de 2007]. Disponível em [www:<URL:http://www.fai.com.br/fisio/resumos/04.doc>](http://www.fai.com.br/fisio/resumos/04.doc)85
- BUMBLYTE, I. A.; [et al] - **Sleep Disorders and Quality of Life in Patients on Hemodialyses**. [em linha]. [s.l.]: PubMed (2005). [consult. 23 de Maio de 2007]. Disponível em [www:<URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&listuids=15901980.dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&listuids=15901980.dopt=Abstract).
- BERGER, Klaus; HAPPE, Svenja - **The Influence of poor Sleep on Quality of Life in Patients with Parkinson`s Disease: A Prospective Study**. [em linha]: [s.l.]: Steinkopff Vol. 7, nº4 (2003). [consult. 29 de Maio 2007]. Disponível em [www:<URL:http://www.springerlink.com/content/b0651544t7832n64>](http://www.springerlink.com/content/b0651544t7832n64).
- ABRUNHEIRO, Lídia M. Matias – **A satisfação com o Suporte Social e a Qualidade de Vida no Doente após Transplante Hepático**. [em linha]. Marinha Grande [s.n.] (s.d.). [consult. 29 de Maio de 2007]. Disponível em [www:<URL:http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/ao255.pdf>](http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/ao255.pdf).

## **ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA**





## Adesão das mulheres ao auto exame da mama

Cândida Silva<sup>1</sup>, Helena Paiva<sup>1</sup>, Rosa Lacerda<sup>1</sup> & Carlos Albuquerque<sup>2</sup>

**Resumo:** Investigar variáveis passíveis de influenciar comportamentos de adesão ao auto exame da mama foi o objectivo do presente estudo.

**Métodos:** O estudo transversal retrospectivo foi desenvolvido numa amostra constituída por 146 mulheres nos centros de saúde de Viseu 3 e Carregal do Sal.

Na colheita de dados foi utilizado um questionário constituído por quatro escalas: Escala de Graffar, Escala de crenças de saúde, Escala de locus de controlo de saúde e escala de ansiedade de Zung.

**Resultados:** Do tratamento estatístico, constatámos que a maioria das mulheres realizam o AEM, sendo que, a maior parte destas não teve recomendação para a prática deste exame. Das mulheres que realizam o AEM por indicação de profissionais de saúde, o médico foi o principal agente responsável por essa recomendação. O locus de controlo interno, as crenças de saúde relativas a obstáculos, benefícios e eficácia são factores preditivos da adesão ao AEM; relativamente à ansiedade, em níveis moderados, funciona como estímulo para a realização do referido exame. Também se verificou que a idade e o grau de escolaridade influenciam positivamente a adesão ao auto exame da mama, sendo que quanto maior idade e grau de escolaridade maior a adesão.

**Conclusões:** As evidências aqui apresentadas fundamentam orientações preventivas de promoção da saúde no auto-exame da mama e de promoção dos factores psicossociais. As decisões relacionadas com a adopção de comportamentos de saúde envolvem uma análise dos custos/benefícios e os elementos chave para o processo de tomada de decisão são os benefícios para a saúde resultantes de determinados comportamentos e custos (sociais, psicológicos e outros) inerentes à sua adopção. Daí que, quanto maior forem os benefícios percebidos pela mulher, maior será a probabilidade desta efectuar o AEM com regularidade.

---

<sup>1</sup> Unidade Saúde Familiar Viriato.

<sup>2</sup> Instituto Politécnico de Viseu. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde.

## 1. Introdução

As patologias neoplásicas são um gravíssimo problema de saúde pública a nível mundial, cuja incidência parece continuar a aumentar. PEREIRA, (1999) apresenta-nos a probabilidade estatística de uma em cada dez mulheres, poder, em alguma fase da sua vida, vir a desenvolver cancro da mama. De entre as formas mais letais, o carcinoma mamário feminino ocupa uma posição de destaque e está na base dos maiores índices de mortalidade feminina. Como o cancro da mama raramente provoca sintomas nas suas primeiras fases, a sua detecção precoce é muito importante, pois aumenta a probabilidade do tratamento ter êxito.

O auto exame da mama permite a detecção de tumores mais pequenos dos que um médico ou enfermeira são capazes de detectar, porque esta manobra se repete com regularidade e a mulher familiariza-se mais com as suas mamas. Além disso, normalmente o prognóstico destes tumores é melhor e o seu tratamento é mais fácil, mediante uma cirurgia conservadora da mama. Assim, consideramos que, apesar da eficácia do auto exame da mama ainda ser colocado em causa como meio precoce de detecção do cancro da mama, nomeadamente na conferência de Hamburgo (2004), como foi mencionado num artigo do jornal “Público”, este continua a ser um dos mais importantes meios de detecção precoce do cancro da mama, sendo por isso, recomendável a sua realização com regularidade pelas mulheres. (PUBLICO, 2004).

Por outro lado, nos estudos desenvolvidos por REIS e TEIXEIRA do Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, 2000, subordinado ao tema “Rastreio Oncológico – Adesão das mulheres ao auto-exame da mama”, estes referem que relativamente à “adesão a comportamentos preventivos do cancro da mama numerosos estudos apontam para o facto de existirem baixos níveis de adesão” (REIS e TEIXEIRA, 2000, p.505). Indicam-nos ainda que factores cognitivos como as crenças de saúde, Locus de controlo de saúde e ainda outros como a motivação para a saúde, factores demográficos, psicossociais e estruturais têm constituído uma base importante para o estudo dos comportamentos de adesão.

Face a esta realidade, para além do estudo dos comportamentos de adesão ao auto exame da mama dirigimos a nossa pesquisa para as crenças de saúde, nível de ansiedade, Locus de controlo de saúde e recomendação profissional, a fim de estudar a sua relação com a adesão à prática do auto exame da mama.

## **2. Material e Métodos**

Conceptualizamos uma metodologia quantitativa sendo primeiramente recolhidos os dados e posteriormente feita a análise e discussão dos mesmos. Em relação ao tempo em que a pesquisa decorre trata-se de um estudo transversal retrospectivo, optando pela via descritiva para analisar os resultados.

### ***Amostra***

Foi utilizada uma amostragem não probabilística acidental, constituída por 146 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, que frequentam as consultas de planeamento familiar dos Centros de Saúde de Carregal do Sal e Viseu 3.

### ***Instrumentos de colheita de dados***

A colheita de dados teve por base a aplicação de um questionário, com várias questões de resposta rápida e várias escalas de auto-preenchimento.

Neste estudo descritivo correccional, a nossa variável dependente (adesão ao auto exame da mama) foi mensurada através de duas questões (uma dicotómica Sim/Não e uma de escolha múltipla).

Para as variáveis independentes sócio-demográficas elaborou-se uma ficha sócio-demográfica com a inclusão do Índice de Graffar. As variáveis cognitivas, foram estudadas através de uma escala de crenças de saúde e formuladas duas questões (uma de escolha múltipla e outra dicotómica de Sim/Não) para a recomendação de profissionais de saúde. Para as variáveis psicológicas incluímos a escala de Locus de controlo de saúde RIBEIRO (1994) e escala de ansiedade de auto avaliação de ZUNG adaptada por VAZ SERRA (1998).

## **3. Resultados**

### ***Caracterização sócio-demográfica da amostra***

A idade das mulheres da nossa amostra oscila entre um mínimo de 19 anos e um máximo de 35 anos, sendo a média de idades de 28,12 anos e o desvio padrão de 4,28. O grupo etário mais representativo é o dos 27 aos 30 anos (37,68%), e o menos representativo, com apenas 14,38%, é o das mulheres com idades entre os 18 e 22 anos (cf. Tabela1). A maioria das mulheres é casada (73,30%), encontrando-se 19,18% solteiras e em igual

percentagem (3,42%), divorciadas e em união de facto. O estado civil de viúva é expresso apenas por um elemento da amostra (0,68%).

**Tabela1: Distribuição da amostra segundo os grupos etários.**

GRUPO ETÁRIO	n	%
18 - 22	21	14,38
23 - 26	27	18,49
27 - 30	55	37,68
31 - 35	43	29,45
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>

Relativamente ao local de residência verifica-se que 50,70% das mulheres reside em meio rural e 49,30% em meio urbano.

Em relação ao grau de escolaridade, constata-se que a maioria das mulheres (48,63%), possui como habilitação o ensino secundário, sendo que 34,93% concluíram o ensino superior. O grau de escolaridade correspondente ao ensino básico observa-se em 16,44% das mulheres, pelo que se pode concluir que nenhum dos elementos da amostra é analfabeto.

#### ***Caracterização sócio-económica da amostra***

Esta variável foi mensurada através da utilização da Escala de Graffar.

Verificamos que a pontuação da Escala oscila entre 8 e 19 pontos, com uma média de 13,20, um desvio padrão de 2,83 e um coeficiente de variação de 21,47%, o que nos revela a existência de uma dispersão média do nível sócio económico.

A maioria das mulheres (44,53%) apresenta nível sócio-económico razoável, seguindo-se 36,30% para nível sócio-económico bom e 13,01% com nível sócio-económico muito bom. Verifica-se ainda que não existe nenhuma mulher com mau nível sócio-económico, sendo que 6,16% apresentam nível sócio-económico reduzido (cf. Tabela2).

**Tabela2: Distribuição da amostra segundo o nível sócio-económico.**

Nível sócio-económico	n	%
Muito bom	19	13,01
Bom	53	36,30
Razoável	65	44,53
Reduzido	9	6,16
Mau	—	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>

***Adesão e recomendação para a realização do auto exame da mama***

*Prática e frequência relativas à prática do AEM*

Constata-se que a maioria das mulheres realiza o AEM (68,50%), enquanto 31,50% não o pratica.

Para efectuarmos a caracterização da amostra em função da frequência relativa à prática do AEM, apenas se consideraram as mulheres que realizam o auto exame da mama. Assim verifica-se uma maior percentagem nas mulheres que o praticam uma vez/mês (46,00%), seguindo-se as mulheres que o praticam duas vezes por ano (25,00%). De referir que 15,00% das mulheres praticam o AEM mais do que uma vez por mês (cf. Tabela 3).

**Tabela3 : Distribuição da amostra relativamente à frequência da realização do AEM.**

FREQUÊNCIA DO AEM	n	%
Mais que uma vez/mês	15	15,00
Uma vez por mês	46	46,00
Duas vezes por ano	25	25,00
Uma vez por ano	13	13,00
Menos que uma vez/ano	1	1,00
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>

*Recomendação para o AEM*

Relativamente à recomendação para o auto exame da mama, constata-se que, a maioria das mulheres não teve recomendação para a prática do AEM (67,10%) e apenas 32,90% o pratica por indicação de profissionais de saúde (cf. Tabela 4). Das mulheres que

praticam o auto exame da mama por indicação de profissionais de saúde, a maioria o praticam por indicação médica (64,60%) e 35,40% por indicação da enfermeira.

**Tabela 4: Distribuição da amostra relativamente à recomendação para a prática do AEM**

Recomendação	n	%
<b>SIM</b>	48	32,90
<b>NÃO</b>	98	67,10
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>

#### ***Estudo das crenças de saúde da amostra***

As crenças de saúde foram mensuradas através da escala de crenças de saúde, apresentando uma variação entre um mínimo de 72 e um máximo de 122, com a média a situar-se nos 94,84, um desvio padrão de 12,26 e um coeficiente de variação de 12,93%.

Relativamente às sub-escalas das crenças de saúde constata-se que:

- Crença de Vulnerabilidade (corresponde ao risco pessoal percebido de desenvolver cancro da mama) – apresenta uma média de 13,67 com valor máximo de 23 um mínimo de 6, desvio padrão de 3,26 e coeficiente de variação de 23,84, o que nos indica uma dispersão moderada em torno da média.

- Crença de Obstáculos (refere-se às dificuldades ou barreiras associadas ao AEM) – apresenta uma média de 38,99 e oscila entre um máximo de 50 e um mínimo de 19. O coeficiente de variação é de 17,39, o que nos indica uma dispersão moderada.

- Crença de Benefícios (refere-se às vantagens do AEM em relação à sua eficácia) – oscila entre um máximo de 20 e mínimo de 10. A média encontra-se nos 17,28, com um desvio padrão de 2,35 e coeficiente de variação de 13,59 indicando assim uma dispersão baixa em torno da média.

- Crença de eficácia (refere-se às potenciais habilidades para a realização do AEM) – oscila entre um máximo de 35 e um mínimo de 13, com uma média de 24,90. O coeficiente de variação revela-nos uma dispersão média (20,96%).

No nosso estudo a operacionalização das crenças de saúde foi efectuada através de grupos de corte. Criaram-se grupos a partir das indicações expressas in D’HAINAUT (1990), que sugere o seu agrupamento em função das médias e do desvio padrão (média ± 1 desvio padrão). Assim sendo, obtivemos três grupos:

- Grupo I – mulheres que apresentam crenças pouco adequadas, ou seja com score total  $\leq$  média -1 desvio padrão ( $\leq 82,57$ ).
- Grupo II – mulheres que evidenciam razoáveis crenças de saúde, ou seja com score total  $>$  média -1 desvio padrão e  $<$  média +1 desvio padrão. Isto é, quando o score total é  $> 82,57$  e  $< 107,11$ .
- Grupo III – mulheres que apresentam crenças muito adequadas, ou seja com score total  $\geq$  média +1 desvio padrão, ou seja  $\geq 107,11$ .

**Tabela5: Distribuição da amostra segundo grupos de crenças de saúde.**

CRENÇAS DE SAÚDE	n	%
Pouco adequadas	29	19,90
Razoáveis	90	61,60
Muito adequadas	27	18,50
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>

Da observação da tabela 5, constatámos que a maioria das mulheres apresenta crenças razoavelmente adequadas de saúde (61,60%), 19,90% apresentam crenças de saúde pouco adequadas e apenas 18,50% apresenta crenças de saúde muito adequadas.

#### ***Estudo do locus de controlo de saúde da amostra***

O locus de controlo de saúde foi mensurado no nosso estudo através da escala de Locus de controlo de saúde, que apresenta uma variação entre um mínimo de 38 e máximo de 81. A média é de 59,45, desvio padrão de 8,822 e o coeficiente de variação de 14,83%, o que significa que apresenta uma dispersão fraca em torno da média.

Relativamente à análise factorial do locus de controlo de saúde, verifica-se ainda que para o Factor 1 – “**Locus de controlo**” (reflecte o grau pelo qual o indivíduo espera que determinados resultados relacionados com a saúde sejam contingentes com o seu comportamento ou com acções de outros importantes, ex: sorte ou acaso) – os valores obtidos oscilam entre um máximo de 56 e mínimo de 26; a média encontra-se no valor 40,55 com um desvio padrão de 7,08; e o coeficiente de variação é de 17,45%, o que nos indica uma dispersão média em torno da média. Para o Factor 2 – “**outros poderosos**” (reflecte o

grau pelo qual o indivíduo espera que determinados resultados relacionados com a saúde sejam contingentes com acções de outras pessoas, ex: médico ou enfermeira, família, amigos) – obteve-se um valor médio de 18,90, com um desvio padrão de 4,82 e uma dispersão média (CV=25,50%).

### ***Estudo da ansiedade da amostra***

A ansiedade foi mensurada no nosso estudo através da escala de ansiedade de Zung que oscila entre um mínimo de 27 e máximo de 54, apresentando média de 35,98, desvio padrão de 4,95 e coeficiente de variação de 13,76% (que nos indica uma dispersão fraca em torno da média). Verificamos pela tabela 6, que a ansiedade nula e intensa não tem representação em nenhum dos sujeitos da nossa amostra, sendo que 87,00% das mulheres apresentam ansiedade ligeira e apenas 13% ansiedade moderada.

**Tabela 6: Distribuição da amostra segundo os graus de ansiedade.**

<b>Ansiedade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nula</b>	—	0,00
<b>Ligeira</b>	127	87,00
<b>Moderada</b>	19	13,00
<b>Intensa</b>	—	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100,00</b>

## **4. Discussão**

O conceito “adesão” assume particular importância ao nível dos comportamentos de rastreio, da redução de comportamentos de risco para a saúde e da adopção de comportamentos protectores de saúde. Reis & Teixeira (2000).

No nosso estudo constatou-se que a maioria das mulheres faz o auto exame da mama (68,50%), sendo que 46% destas o praticam uma vez por mês e 31,50% não o realizam.

O Teste t-Student revela-nos diferenças estatisticamente significativas ( $t=2,074; p=,040$ ), entre a idade e a adesão ao AEM, isto é, quanto maior a idade maior a adesão ao AEM. Estes resultados, possivelmente serão devidos ao facto de o risco de incidência do cancro da mama aumentar com a idade.

No que se refere à influência do grau de escolaridade na adesão ao AEM, constatou-se que as mulheres que possuem maior nível de escolaridade, ensino secundário e superior,



tendiam a manifestar maior adesão ao AEM, respectivamente 45% e 44%, do que as que possuíam o ensino básico (11%). Relativamente aos resultados obtidos, verifica-se que as mulheres com nível superiores de escolaridade manifestaram maior adesão ao AEM, possivelmente devido a terem maior acesso a informação acerca deste exame e à forma como se deve efectuar.

Relativamente à recomendação dos profissionais de saúde pretendemos averiguar a influência desta variável na adesão ao auto exame da mama. Verificamos que 93,7% das mulheres que tiveram recomendação para o auto exame o realizaram. Podemos inferir que a recomendação dos profissionais de saúde tem uma importância capital na adesão das mulheres ao AEM.

Tendo em conta STANTON (1987) referido por ODGEN (1999, p.94), “O modelo de adesão sugere que a comunicação do técnico de saúde resulta num aumento do conhecimento do doente e da sua satisfação e, também, uma adesão ao regime médico recomendado. Pelos resultados obtidos, foram as mulheres com nível superiores de escolaridade que manifestaram maior adesão ao AEM, e destas a grande maioria teve recomendação para a realização do mesmo, o que novamente confirma a influência do grau de escolaridade na adesão ao AEM.

No que respeita às crenças de saúde, a maioria das mulheres apresenta crenças razoáveis de saúde (61,60%), 19,90% apresentam crenças de saúde pouco adequadas e apenas 18,50% apresenta crenças de saúde muito adequadas.

Ao formularmos esta hipótese, tentávamos averiguar a influência das crenças de saúde na adesão das mulheres à prática do AEM. Assim, verificou-se que todas as mulheres que aderiram ao AEM, apresentavam melhores valores médios relativamente às sub-escalas de eficácia, beneficência, obstáculos assim como para o total da escala de crenças de saúde. A sub-escala de vulnerabilidade não apresentava diferenças estatisticamente significativas.

As crenças de saúde influenciam a adesão ao AEM, para as sub-escalas eficácia, beneficência, obstáculos e crenças de saúde total. Relativamente à crença de obstáculos, verificou-se que as mulheres que não faziam o AEM percepcionavam mais obstáculos do que as que realizavam. Alguns autores entre os quais CLARKE & COL. (1991) e AIKEN & COL. (1994) cit. in REIS & TEIXEIRA (2000, p.513) verificaram que quanto menos obstáculos eram percepcionados pelas mulheres face à realização do exame, maior seria a probabilidade deste comportamento ocorrer com regularidade.

BENNETT (2002), refere-se ao modelo de crenças de saúde, considerando que as decisões relacionadas com a adopção de comportamentos de saúde envolvem uma análise dos custos/benefícios. Considera ainda que os elementos chave para o processo de tomada de decisão são os benefícios para a saúde resultantes de determinados comportamentos e custos (sociais, psicológicos e outros) inerentes à sua adopção. Daí que, quanto maior forem os benefícios percebidos pela mulher, maior será a probabilidade desta efectuar o AEM com regularidade.

Ao introduzirmos a variável locus de controlo de saúde pretendíamos averiguar se esta influencia a adesão ao auto exame da mama e quais os factores que melhor predizem a adesão ao AEM. A média do locus de controlo de saúde para a nossa amostra foi de 59,45, sendo que na análise factorial a média do factor 1 apresentou um valor de 40,55 e para o factor 2 =18,90. O Teste t-Student revela-nos que as mulheres que realizam o auto exame da mama apresentam melhores valores médios para o factor 1 “locus de controlo” ( $t=3,31;p=0,001$ ) e locus de controlo total ( $t=2,39;p=0,018$ ). No factor 2 “Outros poderosos” não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

WALLSTON & WALLSTON (1982) cit. in ODGEN (1999, p.33) demonstraram que o locus de controlo de saúde está relacionado com a mudança de comportamentos, refere-se ao grau em que o indivíduo acredita que pode ter controlo sobre a sua saúde. BENNETT (1999) referindo-se a ROTTER (1966), afirma que este dividiu os indivíduos em internos e externos. Os indivíduos internos acreditam que os acontecimentos são consequências das suas acções, estando, portanto sob o seu controlo pessoal. Os indivíduos externos são aqueles que acreditam que os acontecimentos não se relacionam com as suas acções e são determinados por factores que se encontram fora do seu controlo pessoal.

Pelos resultados do nosso estudo, verificamos que o locus de controlo de saúde influencia a adesão ao auto exame da mama e que as mulheres que apresentem um locus interno de saúde são as mais propensas a adquirir comportamentos de saúde, como seja a adesão ao AEM.

Relativamente ao estudo da ansiedade, a maioria das mulheres inquiridas neste estudo apresenta ansiedade ligeira (87,00%), e 13,00% ansiedade moderada. A ansiedade intensa e nula não teve representatividade na nossa amostra.

Verifica-se que as mulheres que aderem ao auto exame da mama apresentam valores médios de ansiedade superiores, estatisticamente significativos em relação às que não

aderem ( $t=2,83;p=0,005$ ), o que significa que as mulheres que apresentam níveis de ansiedade mais elevados são as mais propensas a realizar o AEM.

Segundo RODRIGUES (1994) a ansiedade quando moderada é um fenómeno ligado à aprendizagem e conhecimento de novas situações.

Por outro lado, esta ansiedade poder-se-á justificar pelo facto do cancro da mama ser percepcionado pela mulher como doença grave e mutilante.

## **5 - Conclusões**

Através deste estudo pudemos verificar que a maioria das mulheres manifestou um comportamento de adesão caracterizado pela prática regular deste exame.

Verificamos também que o grau de escolaridade, a recomendação dos profissionais de saúde para a prática do AEM, as crenças de obstáculos, beneficência e eficácia, locus de controlo interno de saúde e a ansiedade exercem um papel importante na adesão a este exame.

Ao concluirmos este trabalho, entendemos ser pertinente referirmos algumas sugestões que sentimos terem importância para a actuação na área preventiva de saúde. Dada a importância capital da recomendação médica na adesão ao auto exame da mama, esta deve-se ter sempre como uma das prioridades nas consultas de planeamento familiar, tendo sempre bem presente as crenças de saúde que cada mulher tem. As decisões relacionadas com a adopção de comportamentos de saúde envolvem uma análise dos custos/benefícios e os elementos chave para o processo de tomada de decisão são os benefícios para a saúde resultantes de determinados comportamentos e custos (sociais, psicológicos e outros) inerentes à sua adopção. Daí que, quanto maior forem os benefícios percepcionados pela mulher, maior será a probabilidade desta efectuar o AEM com regularidade.

Cabe-nos a nós, profissionais de saúde na área dos cuidados primários de saúde, estarmos atentos a todos os factores (sociais, psicológicos, cognitivos, físicos, etc.), no sentido de sermos agentes de mudança de comportamentos relacionados com saúde.

## **Referências bibliográficas**

BENNET, J. Claude – **Tratado de medicina interna**. Vol. 2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

BENNETT, Paul – **Introdução clínica à psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi, 2002.

- BENNETT, Paul; MURPHY, Simon – **Psicologia e promoção da saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999.
- ODGEN, Jane – **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999.
- PAIS-RIBEIRO, José Luís - **Psicologia e saúde**. Lisboa: ISPA, 1998.
- PAIS-RIBEIRO, José Luís - Reconstrução de uma escala de locus-de-controlo de saúde. Psiquiatria Clínica. Coimbra. Vol. 15, nº 4 (Outubro/Dezembro 1994), p. 207-214.
- PEREIRA, Vítor S. – Cancro da mama. [em linha]. 1999. Consultado a 25 de Outubro de 2004. Disponível em <<http://www.senologia.online.pt>>.
- PÚBLICO – Especialista português defende utilidade de auto-exame na detecção de cancro da mama.[em linha]. In Notícia Público de 23 de Março de 2004. Consultada a 30 de Junho de 2004. Disponível em <<http://www.ultimahora.publico.pt/shownews>>.
- REIS, M.ª Antonieta; TEIXEIRA, José A. C. – Rastreio oncológico: adesão das mulheres ao auto-exame da mama. In RIBEIRO, J.; LEAL, I.; DIAS, M. **Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: ISPA, 2000. P. 505-519.
- VAZ-SERRA, Adriano – O que é a ansiedade? Psiquiatria Clínica. Coimbra. Vol. 1, n.º 2 (1980), p. 83-104.
- VAZ-SERRA, Adriano – Psiquiatria Clínica. 9ª ed. Coimbra: HUC, 1998, p. 301.

## Ser mãe imigrante no contexto de saúde português: caracterização sócio-demográfica

Coutinho E.<sup>1</sup>, Silva A. L.<sup>2</sup>, Pereira C.<sup>1</sup>, Chaves C.<sup>1</sup>, Dias M.<sup>3</sup>, Monteiro V.<sup>3</sup> & Simões C.<sup>4</sup>

### Resumo

**Introdução:** Nos últimos anos assistimos a um crescente aumento de imigrantes no nosso país, particularmente de mulheres, em idade fértil, o que levou a que o número de mães imigrantes a recorrer aos serviços de saúde se tornasse significativo, essencialmente nas grandes cidades. Este estudo tem como objectivos caracterizar as mães imigrantes no nosso país, no que respeita às condições sociais, económicas, religiosas, profissionais e familiares, identificar as suas motivações para a vinda para Portugal e finalmente identificar a razão de escolha da instituição hospitalar/maternidade, para o nascimento dos seus filhos.

**Material e Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Para a sua realização foram aplicados questionários, a 727 puérperas (478 Portuguesas e 249 Imigrantes), seleccionadas segundo a técnica de amostragem não probabilística accidental: Para esse efeito recorreremos às puérperas internadas nos serviços de puerpério de 9 maternidades portuguesas. Três maternidades da Região Norte, três maternidades da Região Centro, três maternidades/hospitais da Região da Grande Lisboa, no período compreendido entre 1 de Novembro de 2008 e 1 de Abril de 2009. Elaborou-se um questionário para recolha das variáveis em estudo.

**Resultados:** Constatámos que o rendimento mensal é maior no agregado familiar das mães portuguesas do que nas imigrantes; as mães portuguesas são mais escolarizadas do que aquelas que são imigrantes; as mães imigrantes vivem preferencialmente em zonas urbanas e as mães portuguesas tem menor dificuldade no acesso ao trabalho que as imigrantes.

**Conclusões:** Ao identificarmos as características da população imigrante no nosso país, a forma como vivem e as suas motivações, podemos, como enfermeiros especialistas em

---

<sup>1</sup> Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.

<sup>2</sup> Universidade de Aveiro.

<sup>3</sup> Hospitais da Universidade de Coimbra.

<sup>4</sup> Centro Hospitalar de Coimbra.

saúde materna e obstetrícia, ir mais facilmente de encontro às suas necessidades e desta forma prestarmos cuidados culturalmente mais adaptados.

**Palavras-chave:** Imigração, Imigrante, Mãe, Multiculturalidade

### **Introdução**

Desde os tempos mais remotos que é comum falar-se em migrações. Com efeito é sabido que desde sempre pelos motivos mais diversos as pessoas se deslocam da sua terra natal para uma terra desconhecida em busca de melhores condições de vida, por desejar conhecer novas terras, novas culturas, ou simplesmente em busca de uma estabilidade que não encontram no seu país.

O indivíduo ao entrar em interação com a nova cultura tende inicialmente a afastar-se procurando preservar os seus valores e ideais, mas decorrido algum tempo, essa mesma cultura começa a exercer influências sobre ele, levando-o a um conflito interior, muitas vezes provocando dificuldades de adaptação na sociedade receptora.

Refere MONTEIRO (2007, p.9) que “desde 1970, o número de migrantes internacionais quase triplicou, constatando-se que perto de 200 milhões de mulheres e homens vivem actualmente fora dos seus países de origem, que 95 milhões destes migrantes são mulheres e que um terço das migrações internacionais é migrações familiares.” Diz ainda que as correntes migratórias têm aumentado “tocando todos os continentes e os diferentes sectores da vida pública, prevendo-se que em 2050 as migrações internacionais atinjam os 230 milhões.”

No que respeita às migrações, Portugal não foi excepção. Conhecido pelas suas gentes que deixaram o país à procura de melhores condições de vida, passou nos últimos anos a ser um pólo de atracção para muitos imigrantes, assistindo-se a mudanças sociais, económicas, culturais e também no sector da saúde.

LEININGER (1991), que dedicou mais de meio século da sua existência aos estudos da multiculturalidade refere que a saúde é um estado de bem-estar que é culturalmente definido e valorizado e que possui dimensões de natureza cognitiva e comportamental ao longo da vida.

ABREU (2008, p.105) afirma que “muitos profissionais não estão preparados para este desafio (de uma sociedade multicultural), outros entendem os fundamentos da assistência multicultural e percebem-na como um trabalho focalizado em realidades exóticas”. E em seu entender o profissional de saúde deverá ter “consciência plena da sua própria cultura,

padrões e valores culturais. Deve possuir informações sobre outras culturas, demonstrar interesse e aceitar representações e diferenças culturais de utentes provenientes de outras culturas” (ABREU, 2008, p. 73).

Assim, importa caminhar no sentido desse conhecimento cultural. Este investimento, na área da multiculturalidade, vem permitir um melhor conhecimento da comunidade imigrante, o que, por certo, nos ajudará a adequar os cuidados de saúde a cada realidade.

### **Material e métodos**

Conceptualizámos o presente estudo como não experimental, uma vez que não pretendemos a manipulação nem o controle das variáveis em estudo; quantitativo, pois pretende-se deduzir, através de dados numéricos, conhecimentos objectivos sobre as variáveis estudadas; transversal, pois os fenómenos em estudo são processados, num único momento de avaliação, bem definido; descritivo-correlaccional com características epidemiológicas pois pretendemos estudar as características da população imigrante, explorando relações e identificando a sua natureza (FORTIN, 2009, p. 244).

Foram definidas as seguintes questões de investigação orientadoras do estudo: Quais são as características sócio demográficas de mães imigrantes em Portugal? Quais os motivos que levam estas mães a imigrar para o nosso país? Quais os motivos que as mães imigrantes têm em conta na escolha da maternidade/instituição hospitalar?

Face às questões formuladas definimos como objectivos:

Caracterizar as mães imigrantes no nosso país, no que respeita às condições sociais, económicas, religiosas, profissionais e familiares; Identificar as suas motivações para a vinda para Portugal; Identificar os motivos da escolha da instituição hospitalar/maternidade, para o nascimento dos seus filhos.

Para alcançar os objectivos formulados, recorreremos a 9 maternidades portuguesas. Três maternidades da Região Norte, três maternidades da Região Centro, três maternidades/hospitais da Região da Grande Lisboa, no período compreendido entre 1 de Novembro de 2008 e 1 de Abril de 2009

Atendendo a que o foco do nosso estudo é a imigração, consideramos a existência de dois grupos as mães em condição de imigrante e não imigrante que foram escolhidas tendo por base a técnica de amostragem não probabilística, acidental. Para as mães imigrantes utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: residir em Portugal há pelo menos 6 meses; ter realizado a vigilância do trabalho de parto e pós-parto num Hospital/Maternidade

Português; ter mais de 2h pós-parto; estar orientada no tempo e no espaço e aceitar participar no estudo. Por cada mãe imigrante que participe no estudo serão seleccionadas duas mães portuguesas, a que entrou antes e a que entra imediatamente a seguir.

Após a aplicação dos critérios de inclusão constituíram a nossa amostra 249 mães/puérperas imigrantes e 478 mães/puérperas não imigrantes.

Para a realização deste trabalho definimos como variável consequente a condição de ser mãe imigrante ou não imigrante e como variáveis antecedentes, as seguintes: 1 - Variáveis sócio-demográficas: Nacionalidade / nacionalidade do companheiro/cônjuge, Idade/ idade do companheiro/cônjuge, Estado civil, Local de residência, Religião, Habilitações Literárias / Habilitações Literárias do companheiro/cônjuge, Formação profissional / formação profissional do companheiro/cônjuge, Profissão actual / profissão actual do companheiro/cônjuge, Situação profissional /situação profissional do companheiro/cônjuge, Rendimento mensal do agregado familiar, Constituição do agregado familiar. 2 - Condições habitacionais: Características da habitação. 3 – Variável contextual: Motivos da escolha da instituição hospitalar. Caracterização das mães imigrantes: Tempo de residência em Portugal, Motivos da Imigração, Tempo de ausência do país de origem, Processo de naturalização, Domínio da língua.

Tendo em conta a problemática em estudo, foram elaboradas as seguintes hipóteses: H1 – O rendimento mensal é maior no agregado familiar das mães portuguesas do que nas imigrantes; H2 – As mães portuguesas são mais escolarizadas do que aquelas que são imigrantes; H3 – As mães imigrantes vivem preferencialmente em zonas urbanas; H4 – As mães portuguesas tem menor dificuldade no acesso ao trabalho que as imigrantes.

Para a recolha de informação construiu-se um questionário constituído maioritariamente por questões fechadas. Para o tratamento dos dados, procedeu-se à análise estatística, com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 17.0.

O tratamento estatístico foi realizado a dois níveis, análise descritiva, que permitiu fazer uma descrição geral da amostra e análise inferencial, para estudar a relação entre variáveis

## **Resultados e discussão**

Apesar de existir ainda informação insuficiente, as investigações em saúde parecem apontar para uma maior vulnerabilidade para situações de doenças, na população imigrante,



comparativamente à população não imigrante. Como factores associados a esta vulnerabilidade configuram-se as diferenças no ambiente físico e social, o choque de culturas e estilos de vida, as barreiras linguísticas, os determinantes socio-económicos, as condições habitacionais, as actividades laborais que habitualmente se revelam pouco qualificadas, e conjugam exposições a riscos e agentes de doença, a menor autonomia laboral conjugada muitas vezes com a negligência nos mecanismos de protecção no trabalho, a deficiente protecção social e deficiente acesso aos cuidados, o estatuto irregular a que muitas vezes estão sujeitos, assim como a própria experiência de afastamento e ruptura com as relações sociais e familiares estabelecidas no país de origem (DIAS & GONÇALVES, 2007).

Os resultados do estudo em relação à nacionalidade das mães imigrantes permite verificar que a grande percentagem são oriundas do Brasil (11,6%), seguido de Angola e Cabo-Verde (5,4% e 4,4% respectivamente), e em menor percentagem Ucrânia 2,6% e Guiné (1,9%) o que está de acordo aos estudos de NORTE et al (2004) e aos dados do SEF, que referem os PALOPs e Brasil, como as principais fontes de imigração para Portugal. Na realidade os dados do SEF de 2007, indicam que a lista é encabeçada pelos imigrantes brasileiros e cabo-verdianos (15% em ambos), seguidos dos imigrantes de um país da Europa de Leste Ucrânia, e dos imigrantes oriundos de Angola e Guiné (9%, 8% e 5% respectivamente). Algumas diferenças percentuais verificadas no nosso estudo parecem corresponder ao facto de incluirmos apenas as mulheres imigrantes e não homens. Segundo os dados encontrados no INE e SEF, verifica-se que as nacionalidades mais representativas são, tal como foi anteriormente dito, o Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, Angola e Guiné-Bissau, contudo quando a diferenciação é feita por sexos, apenas para os imigrantes do Brasil, o sexo feminino evidencia valores superiores. Daí a maior percentagem encontrada no nosso estudo. Ao analisar a imigração no espaço ibérico, encontramos grandes diferenças no que concerne às proveniências das imigrantes em Espanha, sobressaindo, neste caso, os imigrantes Latino-americanos, oriundos da Europa Ocidental, Marrocos e Europa Oriental (Roménia) (REHER & REQUENA, 2009).

Em relação à idade das mães imigrantes verificámos que não existe grande diferença comparativamente à idade das mães portuguesas. A maioria encontra-se entre os 19 e 34 anos, idade referenciada por muitos autores como a ideal para ter filhos (78,7% nas portuguesas para 80,7% nas imigrantes). Quanto à gravidez nos extremos da vida

reprodutiva, embora seja, deparamos com a maior percentagem no seio da comunidade Portuguesa.

Os dados encontrados vão de encontro aos facultados pelo SEF (2007), que nos dizem que a população estrangeira possui um índice de envelhecimento relativamente baixo, sendo que o grupo de maior representatividade é o dos 20-39 anos (50% do total). Machado (1999) cit. por LOPES (2007, p.71) diz-nos que “os imigrantes apresentam taxas de feminilidade mais baixas e estruturas etárias muito mais jovens”. Como justificação para as idades encontradas poderá estar o facto do processo de imigração ser um fenómeno relativamente recente em Portugal (SEF, 2007) e o facto de muitos factores motivadores para a imigração se relacionarem com pessoas em idade activa. No que respeita à percentagem de mães imigrantes em idade fértil, pode estar justificada pelo facto dos níveis de fecundidade das estrangeiras serem muito superiores aos níveis de fecundidade encontrados na população portuguesa (NORTE, et al., 2004).

Ao estudar a idade dos companheiros, concluímos que a grande maioria se situa entre os 18 e 37 anos (78,7% vs 80,4% nos portugueses), sendo que, dentro deste grupo, predomina em maior percentagem, os imigrantes com idades compreendidas entre os 18 e 27 anos (25,6% vs 20,3% nos Portugueses). Nos Portugueses encontramos uma maior percentagem na faixa etária dos 34-37 anos (20,7%), comparativamente aos 14,5% observados na população imigrante, o que vem comprovar a ideia de muitos autores no que respeita ao adiamento da maternidade/paternidade. Curioso é a grande percentagem de pais com idades acima dos 65 anos, quer numa quanto noutra comunidade, se bem que superior na comunidade imigrante (21,3% vs 19,6% na comunidade portuguesa).

Quanto ao estado civil é notório uma maior percentagem de mulheres casadas, independentemente da nacionalidade, contudo com diferenças percentuais bastante significativas (60,9% nas portuguesas e 49,0% nas imigrantes). Em relação à união de facto verifica-se o inverso, prevalecendo nas mães imigrantes quando comparadas com as mães não imigrantes 16,9% e 13% respectivamente. A percentagem ainda elevada de mães solteiras poderá ser justificada pela existência, cada vez maior de mulheres que migram sozinhas (RAMOS, 2004).

Relativamente ao local de residência, constatámos no nosso estudo, que a maioria da população reside na cidade, encontrando-se uma percentagem bastante superior nas mães imigrantes quando comparadas com a comunidade portuguesa (53,5% vs 66,3%), tendo-se

verificado que as diferenças são altamente significativas (valor de  $p=0,0001$ ). Os dados recolhidos vão de encontro a vários estudos encontrados. Machado (1999), cit. por LOPES (2007, p. 71), refere que “relativamente ao sector feminino da imigração, pode afirmar-se que, os factores da sua localização espacial não diferem muito dos que regulam a distribuição dos imigrantes em geral, que se encontram sobretudo, em zonas de grande desenvolvimento económico”. O SEF (2007) apresenta dados no que se refere à distribuição territorial da população imigrante, verificando-se que a maioria se encontra no litoral do país, nomeadamente em Lisboa, Faro, Setúbal e Porto. Segundo o mesmo departamento, esta razão deve-se ao facto da existência de maior necessidade de mão-de-obra nas regiões urbanas, em detrimento das rurais.

No nosso estudo verificámos que a maior parte das mães estudadas é crente em alguma religião, existindo este facto em maior percentagem nas portuguesas (82,3% vs 77,3%). A grande diferença reside quando questionadas sobre a religião que praticam. Embora a maior percentagem pertença à região católica em ambos os grupos, elas coexistem em percentagens muito diferentes (96,4% nas mães portuguesas, para 66% nas mães imigrantes). A verdade é que no grupo das imigrantes encontramos muitas outras religiões, que não encontramos no seio da população portuguesa estudada, ou prevalecem em menor percentagem. LOPES (2007), no seu estudo, confirma também um maior valor percentual de mulheres pertencentes à religião católica, existindo contudo, uma grande percentagem de mulheres crentes em outras religiões, tais como: Evangélica, Igreja Universal do Reino de Deus, Muçulmana, entre outras menos referidas.

PEIXOTO (2008), fala-nos dos níveis de habilitações literárias das imigrantes, mostrando-nos que, quando comparadas com a população portuguesa, se mostram inferiores, embora refira que não de forma muito marcada. No nosso estudo obtivemos dados concordantes, no que respeita às percentagens encontradas pois 36,5% das mães imigrantes possuem o ensino básico ou inferior, enquanto as mães portuguesas nessa situação representam 30,9% do total da amostra. Quando falamos do ensino superior a situação inverte-se sendo as mães portuguesas que se apresentam em maior percentagem (33,1% vs 21,3%). Contudo é de salientar que a maior percentagem em ambos os grupos corresponde ao ensino secundário (36% nas mães portuguesas e 42,2% nas imigrantes).

Quando avaliamos a relação entre o nível de escolaridade das mães e a sua condição de ser imigrante/não imigrante verificamos que a associação entre as duas variáveis é

estatisticamente significativa ( $p=0,012$ ), podendo dizer que as mães portuguesas são mais escolarizadas do que as imigrantes, mas tal não se verifica para a população masculina.

O estudo de REHER & REQUENA (2009, p.265) mostrou que a realidade no restante espaço ibérico é diferente onde “os níveis de ensino dos imigrantes em Espanha não são desiguais para os da população espanhola no seu todo.” (...) “A ENI (Encuesta Nacional de Inmigrantes), mostra que 59% dos imigrantes terminaram o ensino secundário e outros 20% têm um grau mais elevado”, realidade muito diferente da encontrada em Portugal.

No referente à formação profissional das mães percebemos que o grupo predominante diz respeito à ausência de qualificações profissionais (35,2% nas portuguesas vs 38,2% nas imigrantes), encontrando-se em segundo lugar os especialistas das profissões intelectuais e científicas em ambos os grupos, mas desta vez a variar inversamente (32,8%, nas portuguesas para 24,1% nas imigrantes). Quando analisamos a população masculina verificamos que os dados são sobreponíveis com os encontrados na população feminina.

Ao analisar a realidade das mães imigrantes verificámos que a maioria é trabalhadoras não qualificadas (36,6% vs 15,4%), enquanto no caso das mães portuguesas a maior percentagem são especialistas das profissões intelectuais e científicas (23,2% vs 9,1%). Mas ao efectuarmos a relação com a actividade profissional podemos concluir que a população feminina portuguesa exerce uma actividade profissional mais directamente relacionada com a sua formação profissional, contudo o mesmo não ocorre quando falamos das mães imigrantes. LOPES (2007) citando Machado diz-nos que “a situação mais comum entre as mulheres imigrantes é o trabalho em serviços de limpeza e domésticos em restaurantes e hotéis”, justificando a percentagem de trabalhadoras não qualificadas. Por outro lado, PEIXOTO (2008, p. 49) afirma que “tem havido uma abundante procura de trabalho, na economia nacional, (...), sobretudo no que diz respeito a trabalhos precários ou mal pagos e essa procura sucede em sectores como a construção civil, hotelaria e restauração e serviço doméstico”. Esta opinião vem reforçar os dados por nós encontrados.

Quando analisámos a profissão dos cônjuges encontramos uma realidade diferente, muito embora no que respeita aos cônjuges imigrantes, continue a prevalecer o trabalho não qualificado (com 33,1% face aos 16,5 % dos cônjuges portugueses). A situação difere quando analisamos a realidade portuguesa, pois se na realidade nas mães portuguesas o domínio do sector profissional se situa nos especialistas das profissões intelectuais e científicas, no caso dos cônjuges, existe uma maior dispersão dos dados, encontrando-se a

população dividida pelos vários sectores. Podemos concluir, que as mulheres portuguesas ocupam, em maior percentagem, profissões mais qualificadas comparativamente com a população masculina. FERREIRA (1999) fala-nos precisamente desse aspecto, dizendo que Portugal apresenta a terceira taxa de actividade feminina mais alta da Europa, correspondendo a actividades de elevado nível.

Quando analisamos a situação profissional concluímos que a maioria das mães, se encontra empregada, encontrando-se em maior percentagem as Portuguesas (78,8% vs 51,8%). GONÇALVES, FIGUEIREDO & FLORIANO (2006) no seu estudo, concluíram também que a taxa de desemprego é mais elevada entre as imigrantes.

Na verificação da relação entre a condição de mãe imigrante, mãe não imigrante e o acesso ao trabalho, encontramos uma associação altamente significativa entre as variáveis ( $p=0,000$ ) o que nos leva a firmar que as mães portuguesas têm menor dificuldade no acesso ao trabalho que as imigrantes.

Por outro lado, quando as mães empregadas, são questionadas sobre os obstáculos para arranjar emprego, apenas 13,9% do total da amostra respondeu afirmativamente, mas essa percentagem atingiu os valores de 30,2% entre as mães imigrantes

Como obstáculos para obtenção de emprego a maioria das portuguesas apontou a “falta de locais de emprego” (60%), a “falta de emprego na área de formação” (12%) e o facto de “estar grávida” (6%). Quando analisamos o caso das imigrantes encontramos como principal factor as “barreiras linguísticas” (25,7%), seguido da “falta de emprego” (22,9%), o “estar ilegal” (11,4%), e com iguais percentagens a “falta de emprego na área de formação” e a “raça”, com 8,6% e o “ser imigrante” e a “equivalência do diploma”, com 5,7% cada.

Quando analisamos as características habitacionais e posse de habitação concluímos que as portuguesas desfrutam na sua maioria da sua própria habitação (68,3% vs 28,2%) e as imigrantes habitam maioritariamente em casas arrendadas (63,7% vs 23,5%). Contudo, como factores que justificam os dados encontrados apontamos a instabilidade económica e os fracos recursos que são mais evidentes entre a população imigrante (LOPES, 2007).

Ainda no que respeita às características habitacionais verificamos que a maioria das mães tanto imigrantes como não imigrantes usufruem em sua casa de água canalizada e de saneamento na sua habitação, bem como de acesso à Internet (62,6% nas portuguesas vs 50,4% nas imigrantes). No que respeita ao número de assoalhadas é notório pelos resultados obtidos que a maioria das inquiridas possuem uma habitação com 3 a 4 assoalhadas (68,3%

vs 68,7%), mas encontramos entre as mães imigrantes um percentual assinalável (22.5%) de casas com duas ou menos assoalhadas enquanto para as mães portuguesas contrastam com percentagem (19,5%) semelhante para casas com 5 e 6 assoalhadas, o que pode evidenciar melhores condições habitacionais.

Quando questionadas relativamente ao número de pessoas que residem na habitação, percebemos existir algumas diferenças no que concerne a este facto. Muito embora na sua grande maioria residam apenas 3-4 pessoas (56,6% nas portuguesas e 57,7% nas imigrantes), constatamos que entre as mães imigrantes existe uma maior percentagem de famílias numerosas já que 12,9% refere residirem na habitação cinco a seis pessoas e para 4,4% sete pessoas ou mais, valores em oposição aos 10,5% e 1,5% encontrados nas mães portuguesas. Justificamos este facto pela maior taxa de fecundidade entre a população imigrante (NORTE et al, 2004) e pelo facto de, em muitas situações, residirem duas ou mais famílias na mesma residência.

Já em relação ao rendimento do agregado familiar são grandes as diferenças entre as mães imigrantes e as mães portuguesas. Na realidade, 64,9% das imigrantes auferem rendimento igual ou inferior a mil euros, sendo que destas, 64,9%, e 20,3%, têm rendimentos inferiores ou iguais a quinhentos euros respectivamente, o que contrasta com a população não imigrante em que apenas 34,8%, referem ordenados inferiores a mil euros. Verificámos também que 26,4% das portuguesas declara um ordenado familiar entre mil e mil e quinhentos euros e 20,2% entre mil e quinhentos e dois mil euros. Altos ordenados são encontrados quase exclusivamente no seio da população portuguesa pois 12,6% declara um rendimento superior a dois mil e quinhentos euros, comparativamente aos 3,5% das mães imigrantes.

Tais resultados levam-nos a encontrar significância estatística ( $p < 0,0001$ ) entre os grupos em análise, constatando-se assim que o rendimento mensal é maior no agregado familiar das mães portuguesas do que nas imigrantes.

Estes dados comprovam os estudos e opiniões de diversos autores, nomeadamente de LOPES (2007), e PEIXOTO (2008). Concretizando PEIXOTO (2008, p. 32), que constatou que “os níveis de remuneração dos estrangeiros são sempre inferiores aos dos portugueses, mesmo quando controlados os dados por profissão e nível de qualificação”, o que segundo a opinião do autor revela alguma discriminação racial.

Também encontramos diferenças percentuais significativas (84,8% vs 51,6%), entre as mães portuguesas e mães imigrantes em relação ao possuírem viatura própria o que vem reforçar os poucos recursos económicos que a maioria da população imigrante possui.

Abordando a problemática da escolha da instituição hospitalar obtivemos dados que consideramos muito pertinentes. Com efeito, quando questionadas as mães portuguesas sobre este assunto, apresentaram como principal motivo “a área de residência (48,3%), mas realçaram outros factores como “qualidade dos cuidados” (22,4%), “obstetra assistente” (15%) e “hospital que foi aconselhado”, com 5,1%. Por sua vez as imigrantes atribuíram numa percentagem muito superior (71,1%), à “área de residência”. Embora não tenhamos encontrado dados que corroborem com o nosso estudo pensamos que as respostas obtidas derivam do facto de vigiarem a sua gravidez na sua maioria em centros de saúde, possuírem pouco apoio familiar e social já que muitas vezes se encontram longe da família e de poucos recursos económicos, o que impossibilitam o recurso a outras instituições mais longe do local de residência.

Quando questionadas as mães imigrantes no que respeita ao tempo em que residem em Portugal, a maioria refere estar em Portugal entre os 2 e os 15 anos. Curiosamente uma grande percentagem não voltou ao seu país de origem. Estes dados demonstram que a imigração é ainda um processo recente em Portugal, principalmente no que concerne às imigrantes mulheres e que, muitas vezes, optam por ficar para ficar (NORTE et al., 2004), já que em Portugal conseguem uma melhor qualidade de vida quando comparado com o seu país de origem.

Contudo, os motivos que as levaram a imigrar apontam na sua maioria para poderem “estar próximo de familiares” (73%), “as referências positivas de Portugal” (52%), a “falta de emprego no país de origem” (48%) e a “falta de dinheiro” (33%). Rocha-Trindade (1995) citada por MONTEIRO (2007), refere que não existe um motivo que leva à imigração, mas sim um conjunto de motivos, que conjugados, conduzem a este processo, citando entre outros as razões económicas e a procura de melhores condições de vida. Por sua vez, Batista e Cordeiro (2002), citados por MONTEIRO (2007, p.67), relatam que este processo de decisão de imigrar é complexo, não sendo apenas movido por razões económicas, sociais ou políticas, mas envolve também “idiosincrasias individuais, o contexto familiar e cultural, ... LOPES (2007) no seu estudo, encontrou resultados muito próximos aos obtidos no nosso estudo, para além dos apontados anteriormente tais como “vir ter com o marido”,

“acompanhar familiar”, “doença de familiar”, , “arranjar emprego”, “férias”, “reagrupamento familiar” e o “ter família/amigos no país”

Mas ao serem questionadas sobre o envio de dinheiro para o país de origem, percebemos que a grande maioria das mães não envia (65,3%). NORTE et al. (2004), diz-nos que, muito embora, a vontade de enviar dinheiro para o seu país seja uma preocupação dos imigrantes e uma das razões para a imigração, isto nem sempre se verifica, apontando o reagrupamento familiar, como uma das principais razões para o sucedido.

Ao analisar a situação em relação à obtenção de cidadania em Portugal apercebemo-nos que a sua maioria possui título de residência (40,3%), ou se encontra em processo de obtenção do título (15,7%), e em menor percentagem foram encontradas mães imigrantes já naturalizadas (14,9%) e as que não iniciaram qualquer processo de obtenção de título de residência ou cidadania.

Finalmente constatamos que durante o período de internamento a maioria não necessitou de intérprete (90,4%), e das que afirmaram ser uma mais-valia, 77,2%, responderam que a sua ausência não trouxe dificuldades acrescidas. Consideramos que o ultrapassar da dificuldade da língua se deveu em grande parte à presença dos maridos ou familiares.

## **Conclusão**

Actualmente as sociedades são consideradas multiculturais, aspecto resultante da procura de novas oportunidades de trabalho, reagrupamento familiar ou de muitos outros factores. Este facto torna a população heterogénea e diversificada, no que respeita aos seus hábitos, costumes e características, em muito influenciados pela sua cultura, mas também pela sociedade de acolhimento. É maior essa diversidade cultural consoante aumenta o número de países representados pelos imigrantes.

Este facto, do aumento considerável ao nível da diversidade de culturas tem levado a uma variação nas práticas de saúde, constituindo para os profissionais de saúde um verdadeiro desafio, na medida em que procuram essa adequação cultural.

Consideramos que um melhor conhecimento dos imigrantes e das suas práticas de saúde, são determinantes para a prestação de cuidados adequados e de qualidade, tendo em vista a satisfação do utente/cliente.

A saúde dos imigrantes tem sido uma preocupação crescente do estado português, promovendo a igualdade de acesso aos cuidados de saúde. Apesar de se considerar que a



população que migra é, habitualmente, saudável, pensa-se que esta poderá apresentar-se mais vulnerável à doença, pelos próprios riscos a que está exposta, barreiras culturais e linguísticas, menor vigilância de saúde, dificuldade no acesso e utilização dos serviços de saúde, factores que adquirem ainda maior importância em situações de gravidez.

Como síntese podemos dizer que as mães imigrantes estudadas são oriundas principalmente do Brasil, sendo este grupo constituído maioritariamente por mulheres com idades compreendidas entre os 19 e 34 anos. A grande maioria é casada, embora seja também elevada a percentagem de mulheres solteiras, o que é sugestivo de um aumento, cada vez mais evidente, de mulheres que migram sozinhas. Vivem essencialmente em meio urbano, crentes na sua maioria na região católica, sendo também frequente, entre as imigrantes, a crença noutras religiões. No que respeita às suas habilitações literárias e profissionais, a grande maioria possui o ensino básico ou secundário, sem qualquer tipo de formação profissional, desenvolvendo, desta forma, actividades não qualificadas. Das imigrantes com qualificações académicas denota-se a sua não correspondência entre a qualificação profissional e respectiva profissão. Apesar de se encontrarem na sua maioria empregadas, a percentagem de desemprego é bastante elevada, entre as imigrantes, constituindo como principais entraves para arranjar emprego as barreiras linguísticas e a falta de emprego. As mães imigrantes vivem maioritariamente em casas arrendadas, cerca de metade não possui viatura própria e auferem rendimentos familiares mais baixos que as portuguesas (entre os 500 e 1000 euros), contudo, e ao contrário do que seria de esperar, revelam boas condições habitacionais.

Como motivos para a escolha da instituição hospitalar referiram a “área da residência”, comprovando que na sua grande maioria a instituição hospitalar não resultou de uma escolha da própria utente. As razões apontadas para a imigração foram entre outras, o “estar próximo de familiar”, as “referências positivas de Portugal”, e a “falta de emprego no país de origem”. Constatámos que a grande percentagem das mulheres reside em Portugal à menos de 15 anos, possuindo a sua grande maioria título de residência, o que vem demonstrar que é um fenómeno ainda bastante recente em Portugal, mas muitas vezes de carácter definitivo para muitas mulheres.

As conclusões deste estudo reforçam a pertinência de continuar investigações nesta área, no sentido de um melhor conhecimento das mães imigrantes em Portugal, nomeadamente das condições sócio-económicas, familiares, religiosas e profissionais, que

possuem no nosso país. Só através deste tipo de pesquisa se tornam possíveis a alteração das práticas e a elaboração de programas específicos que possam ir de encontro às necessidades de saúde das populações imigrantes.

É urgente que os profissionais de saúde conheçam as várias culturas. Esse é o primeiro passo para a aceitação e percepção dos valores inerentes às mesmas, que condicionam a forma de estar, ser e sentir das mães que recorrem aos serviços de saúde num país que não conhecem.

### **Referências bibliográficas**

- ABREU, Wilson Correia de – **Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais**. Coimbra: Formasau, 2008.
- ARROTEIA, Jorge Carvalho – Migrações internacionais: Portugal como destino. In ANÇÃ, Maria Helena; FERREIRA, Teresa, orgs. - **Actas do Seminário Língua Portuguesa e Integração** [Em linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007. Cap. 2. [Consult. em 20 de Fevereiro 2009]. Disponível em WWW: <URL:[http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Seminario\\_LPIntegracao/2\\_Jorge\\_Carvalho\\_Arrroteia.pdf](http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Seminario_LPIntegracao/2_Jorge_Carvalho_Arrroteia.pdf)>.
- DIAS, Sónia; GONÇALVES, Aldina – Migração e saúde. Migrações [em linha]. Lisboa. Nº1 (Setembro 2007), p. 15-22. [Consult. em 4 de Janeiro 2009]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista\\_1/migracoes1\\_art1.pdf](http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art1.pdf)>.
- FERREIRA, Virgínia – Os paradoxos da situação das mulheres em Portugal. Revista Crítica de Ciências Sociais. Coimbra. 52/73 (1999), p. 199-227.
- FORTIN, Marie Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009
- GONÇALVES, Marisa, SOCIUS; FIGUEIREDO, Alexandra, SOCIUS ISEG/UTL ISEG/UTL; FLORIANO, Aurélio, SOCIUS, ISEG/UTL – **Relatório Mulheres Migrantes: Percursos Laborais e Modos de Inserção Socioeconómica das Imigrantes em Portugal**. Lisboa, 2006
- LEININGER, Madeleine – **Culture Care diversity and Universality: a theory of Nursing. The theory of culture care diversity and universality**. New York: National League for Nursing Press, 1991
- LOPES, Lídia Correia – **Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa**. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), 2007. [Consult. em 2 de Dezembro de 2008]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col\\_Teses/11\\_LCL.pdf?u=oi](http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Teses/11_LCL.pdf?u=oi)>.
- MONTEIRO, Ivete – **Ser mãe hindu: práticas e rituais relativos à maternidade e aos cuidados à criança na cultura hindu em contexto de imigração**. Lisboa: ACIDI, 2007.

- NORTE, Cláudia [et al.] – **O impacto da imigração nas sociedades da Europa: um estudo para a Rede Europeia das Migrações, o caso português** [Em linha]. Lisboa: Ministério da Administração Interna, 2004. [Consult. em 15 de Janeiro de 2009]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.sef.pt/documentos/56/VersaoFinal\\_OImpactodalMigraconasSociedadesdaEuropav1Port.pdf](http://www.sef.pt/documentos/56/VersaoFinal_OImpactodalMigraconasSociedadesdaEuropav1Port.pdf)>.
- PEIXOTO, João – Migração e mercado de trabalho em Portugal: investigação e tendências recentes. Migrações [Em linha]. Lisboa. Nº2 (Abril 2008), p. 19-46. [Consult. em 25 de Abril de 2009]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista\\_2/migracoes2\\_art1.pdf](http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_2/migracoes2_art1.pdf)>.
- RAMOS, Natália – **Psicologia clínica da saúde**. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- REHER, David; REQUENA, Miguel - The national immigrant survey of Spain: a new data source for migration studies in Europe. Demographic Research [Em linha]. Vol. 20, no 12 (March 2009), p. 253-278. [Consult. em 29 de Maio de 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.demographic-research.org/volumes/vol20/12/20-12.pdf>>.
- RODRIGUES, Natália Alves – Diversidade Cultural na Maternidade. In LOPES; José Carlos dos Reis [et al.]- **Multiculturalidade: perspectivas de enfermagem: contributos para o melhor cuidar**. Loures: Lusociência, 2009. Cap.2 – Terceira Parte.
- SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS – **Relatório de actividades 2007: imigração, fronteiras e asilo**: [Em linha]. Lisboa: SEF, 2007. [Consult. em 15 de Janeiro de 2009]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.sef.pt/documentos/56/RA%202007%20\(F.%20Digital%20I\).pdf](http://www.sef.pt/documentos/56/RA%202007%20(F.%20Digital%20I).pdf)>.



## Ser mãe imigrante no contexto de saúde português: cuidados pré-natais

Coutinho E.<sup>1</sup>, Silva A.L.<sup>2</sup>, Pereira C.<sup>1</sup>, Duarte J.<sup>1</sup>, Neto S.<sup>3</sup>, Mendes D.<sup>3</sup> & Leitão P.<sup>3</sup>

### Resumo

**Introdução:** A imigração em Portugal tem aumentado nos últimos anos. A maior diversidade populacional que resulta dos fluxos migratórios coloca novos desafios aos sistemas de saúde de cada país, sendo necessário que os profissionais desenvolvam estratégias para reduzir as barreiras e garantir a utilização adequada dos serviços de saúde, sobretudo pelos grupos mais vulneráveis como é o caso das mulheres imigrantes. Os cuidados pré-natais em contexto de imigração constituem a temática deste estudo, cujos objectivos são comparar os cuidados pré-natais recebidos pelas mulheres imigrantes e não imigrantes, bem como analisar os factores determinantes desses cuidados, no contexto de saúde português.

**Material e Métodos:** Para tal desenvolvemos um estudo quantitativo, transversal, descritivo com componente exploratória (nível I) e analítica (nível II). Foi constituída uma amostra não probabilística acidental de 727 puérperas, em que 249 são imigrantes e 478 não imigrantes, internadas nos serviços de puerpério de 9 maternidades portuguesas. Três maternidades da Região Norte, três maternidades da Região Centro, três maternidades/hospitais da Região da Grande Lisboa, no período compreendido entre 1 de Novembro de 2008 e 1 de Abril de 2009. Elaborou-se um questionário para recolha das variáveis em estudo.

**Resultados:** Da interpretação dos dados conclui-se que as mães imigrantes incluídas no estudo 34.3%, em comparação com as não imigrantes 65.7%, apresentam em maior percentagem gravidezes não planeadas 34.9%, em que nenhum dos pais desejou a gravidez 24.5%, realizaram a vigilância pré-natal maioritariamente em locais públicos 83.7%, estes dotados do enfermeiro 85.4%, realizaram menos consultas 21% e com início dos cuidados pré-natais mais tardiamente 7.6%. Em relação à presença de complicações na gravidez,

---

<sup>1</sup> Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.

<sup>2</sup> Universidade de Aveiro.

<sup>3</sup> Hospitais da Universidade de Coimbra.

aumento de peso, à realização de exames, ensinamentos e entrega do boletim de saúde da grávida, verificaram-se resultados idênticos em ambos os grupos. Identificaram-se como factores determinantes dos cuidados pré-natais adequados: a condição de imigrante e não imigrante ( $p=0,000$ ), a idade ( $p=0,014$ ), o estado civil ( $p=0,000$ ), a escolaridade ( $p=0,000$ ), a profissão ( $p=0,000$ ) e situação profissional ( $p=0,000$ ), o agregado ( $p=0,032$ ) e rendimento familiar ( $p=0,001$ ), a situação habitacional ( $p=0,000$ ), incluindo a presença de internet ( $p=0,000$ ) e o número de assalhadas ( $p=0,001$ ), o planeamento e desejo da gravidez ( $p=0,000$ ), o local onde foram realizados os cuidados pré-natais ( $p=0,000$ ) e os problemas de saúde na gravidez ( $p=0,020$ ).

**Conclusões:** Como pudemos constatar a vulnerabilidade em termos sociais e de saúde das mulheres imigrantes reflecte-se nos cuidados de saúde recebidos durante a gravidez, pelo que é importante compreender as suas características, a fim de planear estratégias para ultrapassar as desigualdades encontradas.

**Palavras-chave:** Imigração, determinantes cuidados pré-natais, vulnerabilidade.

## Introdução

Nas últimas décadas, com o acolhimento de pessoas oriundas de diversas partes do mundo, a imigração tem-se tornado gradualmente um desafio para a saúde pública em Portugal. São populações heterogénicas com determinantes de saúde complexos o que dificulta o seu estudo e justifica a escassez de dados nacionais e internacionais consistentes com esta problemática (Mckay, Macintyre, Eellaway, 2003; Maggi e Cattacin, 2003).

O conhecimento da legislação de cada país no que se refere à assistência prestada durante a gravidez é importante para se aceder aos cuidados de saúde. Nem todos os países ou estados asseguram a cobertura dos cuidados de saúde durante a gravidez à população autóctone, nem tão pouco à população imigrante, o que condiciona o acesso e a saúde destas populações, como revelou o estudo de Ku (2007) realizado nos Estados Unidos da América. Este autor colocou em evidência a precariedade da vigilância de saúde em populações imigrantes que não se encontravam cobertas por um seguro de saúde e mesmo aquelas que estavam asseguradas recorriam menos aos cuidados de saúde do que as populações autóctones.

O difícil acesso aos cuidados de saúde e a pouca utilização do sistema de saúde por parte dos imigrantes tem suscitado a preocupação com a saúde em geral deste grupo populacional, os quais são cada vez mais, alvo de atenção da classe política e dos prestadores de cuidados de saúde. Nesta medida, pela fragilidade em termos sociais e de saúde, a imigração tem um impacto significativo sobre a utilização dos cuidados pré-natais, fazendo com que as mulheres grávidas imigrantes se assumam como um grupo de risco. Perante este facto, o estudo da influência da imigração no cumprimento eficaz e generalizado do esquema de vigilância pré-natal, revela-se pertinente para o desenvolvimento futuro de medidas de apoio em contextos de saúde, com carácter preventivo e interventivo, que promovam o bem-estar materno – fetal, como defendem Marquês (1992) e Machado et al (2006).

A imigração coloca problemas de índole sociocultural, no que diz respeito à equidade na saúde, com consequências na morbilidade e mortalidade dos indivíduos. Mesmo nos países onde o acesso aos cuidados de saúde é universal, como é o caso de Portugal, os imigrantes ainda não usufruem da utilização adequada dos serviços de saúde disponíveis. A literatura indica que os imigrantes enfrentam barreiras individuais, socioculturais, económicas, administrativas e políticas (Scheppers, 2006). Para além destas, podemos encontrar outras decorrentes da situação ilegal de alguns imigrantes, ou até da falta de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre as leis vigentes e sua aplicabilidade nos serviços de saúde (Dias et al, 2004).

É importante avaliar a influência dos determinantes culturais, tais como os costumes, as crenças e as representações sociais, nos seus comportamentos de saúde, (Stronks, Ravelli, Reijneveld, 2001; Dias et al, 2002).

Uma população cada vez mais diversificada decorrente dos fluxos migratórios apresenta novos e diferentes desafios aos sistemas de saúde de cada país (Gradner, 2007). Há ainda uma falta de dados representativos e comparáveis na acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, da qualidade dos cuidados prestados, da satisfação dos clientes e dos problemas experimentados ao interagir com os serviços de saúde, limitando o conhecimento sobre as múltiplas determinantes da utilização destes serviços (Sundquist, 2001; Maggi & Cattacin, 2003; Mckay, Macintyre, Ellaway, 2003).

A quantidade e qualidade dos cuidados pré-natais são reconhecidas como importantes factores de influência sobre o prognóstico materno e fetal durante a gravidez, podendo

mesmo constituir-se uma das áreas com melhor relação custo-eficácia para intervenções preventivas conducentes à redução da mortalidade materna e perinatal (Barros, Rodrigues & Leite, 1995).

Dessa forma, a assistência pré-natal é reconhecida, pelo seu impacto e transcendência, como um dos componentes que contribuem para a redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal (Nagahama & Santiago, 2006). A vigilância pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto, que são causas importantes de mortalidade materna, mas algumas intervenções na gravidez poderão, certamente, alterar e favorecer o prognóstico materno e prevenir a mortalidade materna (Gelband et al citado por Calderon, Cecatti & Vega, 2006).

Apesar dos benefícios conhecidos dos cuidados pré-natais, podem existir barreiras ou lacunas que impedem o acesso e dificultam o início precoce e a adesão ao esquema de vigilância pré-natal. Estas barreiras podem estar relacionadas com aspectos sócio-demográficos, educacionais, económicos, culturais e pessoais da grávida e família, bem como com aspectos relacionados com as instituições de saúde e suas inter-relações, no que se refere à suficiência de recursos humanos e materiais, qualidade da assistência prestada e políticas de saúde adoptadas.

Os cuidados de saúde devem assim responder dentro de um determinado contexto social e económico. Os profissionais devem estar atentos às mudanças sociais e culturais de forma a dar resposta ao que a sociedade lhe pede.

Já em 1971 o clássico estudo de Hart revelava que a inadequação dos cuidados pré-natais está associada a vários factores indicativos da persistência de desigualdade social, mostrando que os grupos socialmente mais vulneráveis recebem cuidados pré-natais deficientes, evidenciando claramente a lei da inversão do cuidado médico, onde a disponibilidade dos recursos de saúde são distribuídos inversamente às necessidades da população (Hart, 1971).

Segundo Delvaux et al (2001), programas de vigilância pré-natal compreensivos (atenção ampla e completa), incluindo local apropriado, planeamento das consultas e acesso garantido para todas as mulheres, incluindo as estrangeiras, podem favorecer os cuidados pré-natais adequados e a adesão aos mesmos. Reduzir barreiras de linguagem e tentativas para atender às necessidades das diversas culturas, populações ou grupos minoritários também podem encorajar as mulheres a realizarem vigilância de saúde durante a gravidez.



Além disso, o planeamento da gravidez, em todas as faixas etárias e, em especial na adolescência, evitando a gravidez indesejada, a negação e a ambivalência na gravidez, pode propiciar o acesso mais precoce aos cuidados pré-natais.

A relação entre a saúde e a migração é complexa e tal como Pérez Cuadrado et al (2004) salientam, envolve elementos biológicos, sociais, económicos e culturais.

Os aumentos significativos da imigração levam a que os profissionais contactem com um grande número de grávidas de diferentes origens culturais, confrontando-os com uma variedade de barreiras tais como a língua e as diferentes expectativas culturais (Ross et al, 2007).

A menor utilização dos cuidados pré-natais, o seu acesso mais tardio ou o incumprimento de todos os exames complementares agendados, pode ser explicado pela falta de informação, diferenças culturais, barreiras linguísticas, factores psicossociais e pelos problemas sociais das mulheres imigrantes como revelam os estudos de Amuedo-Dorantes e Mundra (2003); Martin Ibáñez et al (2006); Johnson et al, 2003 citados por Machado et al (2006); e Ross et al (2007). Até há poucos anos a imigração era considerada um factor de risco para a mulher grávida, e às mulheres grávidas imigrantes eram atribuídos resultados neonatais adversos e maior mortalidade perinatal (Machado et al, 2006; Martin Ibáñez et al, 2006).

Pérez Cuadrado et al (2004), por outro lado, concluíram no seu estudo que as mulheres imigrantes não apresentam mais complicações de saúde durante a gravidez e que os seus filhos recém-nascidos não têm, em geral, mais problemas que os filhos das mulheres não imigrantes. Não encontraram diferenças significativas no estado de saúde dos recém-nascidos de mulheres imigrantes comparado com Recém-Nascidos (RNs) de mulheres não imigrantes, em relação à prematuridade, baixo peso e internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais. Resultados idênticos tinham sido encontrados por Forna et al (2003) nos Estados Unidos da América, revelando que as mulheres nascidas no estrangeiro tiveram filhos com maior média de peso ao nascer e menor risco de parto prematuro e mortalidade perinatal que as mulheres nativas.

Os autores explicam estes resultados na medida em que os valores culturais dos países de origem das mulheres imigrantes fazem com que estas tenham uma menor incidência de práticas de risco durante a gravidez. Para explicar esse fenómeno, repetidamente confirmado, mas que contraria as suposições de partida feitas pela maioria dos autores, tem

sido descrito o efeito da “mulher imigrante saudável”, segundo a qual a mulher que é capaz de imigrar para outro país, em geral, vai ser uma mulher particularmente saudável e que acredita ter forças suficientes para resistir a todas as dificuldades de adaptação e de stress que acarreta a emigração (Pérez Cuadrado et al, 2004; Mcglade, Saha & Dahlstrom, 2004; Wingat & Alexander, 2006; Ross et al, 2007; Ray et al, 2007).

As grávidas imigrantes constituem uma população crescente em Portugal e é importante compreender as suas diferenças em relação às grávidas autóctones, a fim de oferecer uma adequada assistência pré-natal, mais adaptada às suas necessidades, o que contribuirá para um maior cumprimento das consultas e ajudará a prevenir complicações perinatais. Machado et al (2006) apontam ainda a necessidade de garantir mecanismos de suporte a estas populações ao invés de apenas investir em cuidados diferenciados.

No sentido de dar resposta à escassez de estudos desenvolvidos em Portugal relação aos cuidados pré-natais desenvolvidos pelas mulheres imigrantes e consequentemente poder contribuir com os resultados obtidos para a melhoria da qualidade dos cuidados de Saúde/Enfermagem, propõe-se os seguintes objectivos:

- Analisar os factores determinantes dos cuidados pré-natais recebidos pelas mulheres imigrantes e não imigrantes, no contexto de saúde português;
- Comparar os cuidados pré-natais recebidos pelas mulheres imigrantes e não imigrantes, no contexto de saúde português.

### **Material e métodos**

Estudo quantitativo, transversal, descritivo com componente exploratória (nível I) e analítica (nível II), por procurar comparar os cuidados pré-natais recebidos pelas mulheres imigrantes e não imigrantes, bem como analisar os factores determinantes desses cuidados, no contexto de saúde português.

Foram elaboradas duas questões de investigação e uma hipótese. Questão1: Que cuidados pré-natais recebem as mulheres imigrantes e não imigrantes, no contexto de saúde português? Questão2: Quais os factores determinantes dos cuidados pré-natais, no contexto de saúde português? Hipótese1: Há diferença entre os cuidados pré-natais nas mulheres imigrantes e não imigrantes no contexto de saúde português.

Este trabalho foi autorizado e realizado em 9 maternidades portuguesas. Três maternidades da Região Norte, três maternidades da Região Centro, três

maternidades/hospitais da Região da Grande Lisboa, no período compreendido entre 1 de Novembro de 2008 e 1 de Abril de 2009

A amostragem do estudo efectuado é não probabilística, accidental.

Definiram-se como critérios de inclusão: residir em Portugal há pelo menos 6 meses; ter realizado a vigilância do trabalho de parto e pós-parto num Hospital/Maternidade Português; ter mais de 2h pós-parto; estar orientada no tempo e no espaço e aceitar participar no estudo. Por cada mãe imigrante que participou no estudo foram seleccionadas duas mães portuguesas. A mãe que entrou no serviço antes da mãe imigrante e a que entrou a seguir a esta.

Como critérios para a determinação de uma vigilância adequada foram utilizados em conjunto o número de consultas de gravidez e o respectivo início, os quais já têm sido utilizados noutros estudos (Tavares & Barros, 1995; Barros, Rodrigues & Leite, 1995; Cardoso, 1996; Sperb, Graça & Costeira, 2002 e Alves, Mendonça & Barbosa (2005).

Deste modo, a utilização adequada dos cuidados pré-natais foi classificada em 3 grupos: A – Número de consultas pré-natais superior ou igual a 6; B – A idade gestacional na primeira consulta pré-natal estar compreendida entre o período pré-concepcional e o primeiro trimestre da gravidez; C – Cuidados pré-natais adequados, correspondendo a um total de consultas pré-natais superior ou igual a seis e início das consultas até ao primeiro trimestre de gestação.

Para a recolha de informação construiu-se um questionário constituído maioritariamente por questões fechadas. Para o tratamento dos dados, procedeu-se à análise estatística, com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 17.0.

## **Resultados**

### ***Descrição geral da amostra***

A amostra é constituída por 727 mães, internadas nos serviços de obstetrícia, nas instituições de saúde referidas, entre dia 1 de Novembro de 2008 e o dia 1 de Abril de 2009. Destas, 249 são imigrantes (34,3%) e 478 não imigrantes (65,7%) como se pode verificar pela análise do quadro 1.

**Quadro 1 – Mães segundo a condição de imigrante e não imigrante.**

	Mães	
	n	%
<b>Imigrantes</b>	249	34,3%
<b>Não imigrantes</b>	478	65,7%
<b>Total</b>	727	100%

Pela análise do quadro 2 verificamos que 87 mães imigrantes (34,9%) e 88 mães não imigrantes (18,4%) não planejaram a gravidez. Em relação ao número total da amostra 465 mães (64%) planejaram a gravidez. No que diz respeito ao desejo da gravidez verificamos que 24,5% das mães imigrantes assinala a opção “nenhum”, sendo este valor de 10,5% entre as mães não imigrantes. A opção “ambos” está assinalada por 161 mães imigrantes (65,1%), por 405 (84,9%) não imigrantes e no total por 567 mães, representando 78,1% da amostra total.

Relativamente ao número de consultas, 118 mães imigrantes (79%) mencionam ter tido 6 ou mais consultas, sendo o valor para as mães não imigrantes de 93%. Entre as mães imigrantes, 92,4% iniciaram os cuidados pré-natais até ao primeiro trimestre, sendo o valor encontrado entre as mães não imigrantes de 97,3%. No total 625 mães (88,3%) realizam um número de consultas igual ou superior a 6 e 683 mães (95,7%) iniciam os cuidados até ao primeiro trimestre.

As mulheres imigrantes recorrem sobretudo aos serviços de saúde públicos para receberem cuidados pré-natais (83,7%), sendo este valor de 58,9% para as mães não imigrantes. A menor percentagem encontra-se entre as mães que recorrem simultaneamente ao sector público e particular, com 5,9%.

No que diz respeito ao acompanhamento das mães durante as consultas verifica-se que 35% das imigrantes vão sozinhas às consultas, sendo o valor para as não imigrantes de 15,2%. No total 504 mães (71%) vão acompanhadas pelos maridos.

Quanto aos medicamentos utilizados pelas nossas participantes para suplementar a gravidez, apuramos que no total 686 mães (94,6%) os utilizam, sendo esta percentagem de 90,7% nas mães imigrantes e de 96,6% nas mães não imigrantes. Em relação ao medicamento mais ingerido, as mães imigrantes e não imigrantes mencionam o ferro, com 91,1% e 84,6%, respectivamente. Aquele que elas menos referem é o cálcio (33 mães imigrantes e 57 não imigrantes).

Os problemas prévios à gravidez estão presentes em 14 mães imigrantes (9,7%) e em 30 mães não imigrantes (10,9%), sendo que durante a gravidez estes valores sobem para 36,1% e 38,1%, respectivamente. Dos problemas da gravidez o que se encontra mais vezes entre as respostas das imigrantes são as “infecções urinárias” com 32,2% e os “vómitos abundantes” com 23,3%. Entre as mães não imigrantes os problemas por elas mais referidos (22%) são “diabetes” “infecções urinárias” e “toxoplasmose (não imune)”. São internadas durante a gravidez 41 mães imigrantes (16,5%) e 70 não imigrantes (14,7%).

O BSG foi entregue a 675 mães, correspondendo a 94,5% da amostra total. Em relação aos grupos, 226 mães imigrantes (94,6%) e 449 mães não imigrantes (94,5%) afirmam terem recebido o documento.

No nosso estudo, a percentagem de mães imigrantes que mencionam a presença do enfermeiro nas consultas é de 85,4%, sendo o resultado encontrado nas mulheres não imigrantes inferior (70,7%). Na amostra total 537 mães (75,6%) beneficiaram da presença do enfermeiro nos cuidados pré-natais.

O número total de mães que responderam às questões referentes aos consumos na gravidez, nomeadamente tabaco, álcool e drogas foi de 406, 404 e 403, respectivamente. Em relação à variável tabaco responderam 131 imigrantes e 275 não imigrantes, na variável álcool 131 mães imigrantes e 273 não imigrantes e por fim na variável drogas 129 mães imigrantes e 274 não imigrantes. Destas 13% das mães imigrantes e 15,3% das mães não imigrantes apresentam consumo de tabaco e 7,6% e 7%, respectivamente, de álcool. Nenhuma menciona consumir drogas.

Em relação ao diagnóstico pré-natal, 102 mães imigrantes (79,1%) e 291 mães não imigrantes (89,8%) afirmam terem realizado este teste. No total este teste foi efectuado em 393 mães (86,8%).

Na análise da variável “exames” verificamos que nos itens: “análise à rubéola”, “análise à toxoplasmose”, “análise à VDRL”, “análise à Hepatite” e “análise à SIDA”, o número da amostra é de 461 mães, sendo 147 imigrantes e 114 não imigrantes. O exame realizado durante a gravidez mais relatado pelas mães imigrantes e não imigrantes é a ecografia, com 97,9% e 98,5%, respectivamente, sendo também este o exame mais verificado no total (98,3%). O exame menos realizado pelas mães imigrantes foi o “teste de glicemia”, com 83,7%, e nas mães não imigrantes foi o “teste rápido de urina”, com 86,1%, sendo também aquele que menos é referido pelas mães no total da amostra (88,4%).

Por fim o aumento de peso durante a gravidez exposto pela maioria das mães imigrantes e não imigrantes situa-se entre os 10 e os 16 Kilograma (kg), com 49,6% e 61,5%, respectivamente. No total, 95 mães indicam ter aumentado menos de 10 kg (23,3%) e 77 mais de 16 kg (18,9%). Importa referir que o número de mulheres que respondeu a esta questão é de 407, identificando-se 44% de mulheres que não referiram quanto peso aumentaram na gravidez.

**Quadro 2 – Caracterização geral da gravidez das mães imigrantes e não imigrantes.**

Mães	Imigrantes		Não Imigrantes		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Planeamento da gravidez</b>						
Não	87	34,9%	88	18,4%	175	24,1%
Sim	132	53%	333	69,8%	465	64%
Sim, mas não para esta altura	30	12%	56	11,7%	86	11,8%
<b>Quem quis o filho</b>						
Ambos	161	65,1%	405	84,9%	567	78,1%
Um dos pais	26	10,4%	22	4,6%	48	6,6%
Nenhum	61	24,5%	50	10,5%	111	15,3%
<b>N.º de consultas</b>						
≥ 6 consultas	188	79%	437	93%	625	88,3%
<6 consultas	50	21%	33	7%	83	11,7%
<b>Início dos cuidados pré-natais</b>						
Até ao 1.º trimestre	220	92,4%	463	97,3%	683	95,7%
Após o 1.º trimestre	18	7,6%	13	2,7%	31	4,3%
<b>Local da vigilância</b>						
Público	200	83,7%	280	58,9%	480	67,2%
Particular	25	10,5%	167	35,2%	192	26,9%
Ambos	14	5,9%	28	5,9%	42	5,9%
<b>Acompanhante durante as consultas</b>						
Sozinha	83	35%	72	15,2%	155	21,8%
Marido/companheiro	131	55,3%	373	78,9%	504	71%
Outro familiar	17	7,2%	24	5,1%	41	5,8%
Amigo	6	2,5%	4	0,8%	10	1,4%
<b>Problemas de saúde prévios à gravidez</b>						
	14	9,7%	30	10,9%	44	10,5%

<b>Problemas de saúde durante a gravidez</b>						
<u>Total</u>	90	36,1%	182	38,1%	272	37,4%
Diabetes	17	18,9%	40	22%	57	21%
Hipertensão	14	15,6%	27	14,8%	41	15,1%
Ameaça de abortamento	7	7,8%	20	11%	27	10%
Ameaça de parto prematuro	10	11,1%	33	18,1%	43	15,8%
Toxoplasmose (não imune)	9	10%	40	22%	49	18%
Rubéola (não imune)	6	6,7%	11	6%	17	6,3%
Vômitos abundantes	21	23,3%	25	13,7%	46	16,9%
Infecções Urinárias	29	32,2%	40	22%	69	25,4%
Infecções Vaginais	6	6,7%	12	6,6%	18	6,6%
SIDA	1	1,1%	1	0,5%	2	0,7%
Hepatite B	4	4,4%	1	0,5%	5	1,8%
Outros	16	17,8%	27	14,8%	43	15,8%
<b>Internamento na gravidez</b>	41	16,5%	70	14,7%	111	15,3%
<b>Medicamentos de suplemento à gravidez</b>						
<u>Total</u>	225	90,7%	461	96,6%	686	94,6%
Ferro	205	91,1%	390	84,6%	595	86,7%
Ácido fólico	167	74,6%	360	78,1%	527	76,9%
Magnésio	50	22,3%	168	36,4%	218	31,8%
Cálcio	33	14,7%	57	12,4%	90	13,1%
Vitaminas	58	26%	102	21,3%	160	23,4%
Outros	18	8,1%	28	6,1%	46	6,7%
<b>Entrega do BSG</b>	226	94,6%	449	94,5%	675	94,5%
<b>Presença do Enfermeiro</b>	204	85,4%	333	70,7%	537	75,6%
<b>Consumos na gravidez</b>						
Tabaco	17	13%	42	15,3%	59	14,5%
Álcool	10	7,6%	19	7%	29	7,2%
Drogas	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Diagnóstico pré-natal</b>	102	79,1%	291	89,8%	393	86,8%

	224	93,7%	459	96,4%	683	95,5%
<b>Exames</b>	222	92,9%	410	86,1%	632	88,4%
Avaliação da TA						
Teste rápido de urina	224	93,7%	461	96,8%	685	95,8%
Avaliação do peso	224	93,7%	449	94,3%	673	94,1%
Auscultação dos batimentos cardíacos do feto	217	90,8%	429	90,1%	646	90,3%
Registo cardiotocográfico						
Ecografias	234	97,9%	469	98,5%	703	98,3%
Exame vaginal	214	89,5%	442	92,9%	656	91,7%
Análise à rubéola	138	93,9%	299	95,2%	437	94,8%
Análise à toxoplasmose	139	94,6%	305	97,1%	444	96,3%
Análise à VDRL	136	92,5%	288	91,7%	424	92%
Análise à Hepatite	136	92,5%	298	94,9%	434	94,1%
Análise à SIDA	140	95,2%	297	94,6%	437	94,8%
Teste de glicemia	200	83,7%	456	95,8%	656	91,7%
Outros	6	2,5%	26	5,5%	32	4,5%
<b>Aumento de peso na gravidez</b>						
< 10 Kg	34	26,4%	61	21,9%	95	23,3%
10-16 Kg	64	49,6%	171	61,5%	235	57,7%
> 16 Kg	31	24%	46	16,5%	77	18,9%

### ***Avaliação quantitativa dos cuidados pré-natais***

Apresentamos, de seguida, o quadro 3 e 4 onde podemos observar pela leitura dos resultados que se encontram diferenças estatisticamente significativas nos cuidados pré-natais entre o grupo mães imigrantes e não imigrantes [ $\chi^2 = 28,945$ ;  $p = 0.000$ ], sendo que a maior percentagem de cuidados pré-natais adequados se verifica nas mães não imigrantes com 91,7% (431 mães).



**Quadro 3 – Cuidados pré-natais adequados das mães imigrantes e não imigrantes.**

Mães	Cuidados pré-natais adequados				X <sup>2</sup>	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Imigrantes</b>	183	77,2%	54	22,8%	28,945	0,000
<b>Não Imigrantes</b>	431	91,7%	39	8,3%		
<b>Total</b>	614	86,8%	93	13,2%		

Identificam-se como factores determinantes para cuidados pré-natais inadequados a **idade** [adolescente = 37,5%; X<sup>2</sup>= 8,495; p= 0,014], **estado civil** [não casada = 22,4%; X<sup>2</sup>= 20,864; p= 0,000], **escolaridade** [≤ 9.º ano = 21%; X<sup>2</sup>= 29,505; p= 0,000], **profissão** [doméstica/estudante = 28,2%; X<sup>2</sup>= 45,310; p= 0,000], **situação profissional** [não empregada = 21,6%; X<sup>2</sup>= 18,923; p= 0,000], o **agregado familiar** [≥7 elementos = 23,5%; X<sup>2</sup>= 5,883; p= 0,032], **rendimento familiar** [< 450€ = 26,8%; X<sup>2</sup>= 14,356; p= 0,001], **situação habitacional** [outra = 20,8%; X<sup>2</sup>= 29,545; p= 0,000], a **Internet** [não existente : 18,7%; X<sup>2</sup>= 13,046; p=0,000], **número de asoalhadas** [1-2 asoalhadas = 24,1%; X<sup>2</sup> =10,341; p= 0,001], **planeamento da gravidez** [não = 28%; X<sup>2</sup> = 41,561; p = 0,000], **quem desejou o filho** [nenhum = 33,7%; X<sup>2</sup>= 54,360; p=0,000], **local de vigilância da gravidez** [público =17,2%; X<sup>2</sup>= 19,986; p= 0,000] e **problemas de saúde na gravidez** [não = 15,5%; X<sup>2</sup> = 5,307; p= 0,020].

**Quadro 4 – Factores determinantes dos cuidados pré-natais adequados.**

Mães	Cuidados Pré-natais adequados				X <sup>2</sup>	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Idade</b>					8,495	0,014
≤18	10	62,5%	6	37,5%		
19-34	492	87,4%	71	12,6%		
≥35	112	87,5%	16	12,5%		
<b>Estado civil</b>					20,864	0,000
Casada	457	90,5%	48	9,5%		
Não casada	156	77,6%	45	22,4%		
<b>Escolaridade</b>					29,505	0,000
≤9.º Ano de escolaridade	177	79%	47	21%		
10.º-12.º Ano de escolaridade	233	86,6%	36	13,4%		

> 12.º Ano de escolaridade	198	96,6%	7	3,4%		
<b>Profissão</b>						
Profissões intelectuais	130	21,5	4	4,4	31,658	0,000
Profissões técnicas	332	55,5	42	46,7		
Sem profissão reconhecida	142	23,5	44	48,9		
<b>Situação Profissional</b>						
Empregada	446	90,5%	47	9,5%	18,923	0,000
Não empregada	167	78,4%	46	21,6%		
<b>Agregado Familiar</b>						
1-3	382	89,5%	45	10,5%	6,882	0,032
4-6	216	83,4%	43	16,6%		
≥7	13	76,5%	4	23,5%		
<b>Rendimento Familiar</b>						
<450€	30	73,2%	11	26,8%	14,356	0,001
450€-900€	115	82,1%	25	17,9%		
>900€	423	90,2%	46	9,8%		
<b>Situação Habitacional</b>						
Própria	365	93,1%	27	6,9%	29,545	0,000
Outra	248	79,2%	65	20,8%		
<b>Internet</b>						
Não	234	81,3%	54	18,7%	13,046	0,000
Sim	377	90,6%	39	9,4%		
<b>Número de Assoalhadas</b>						
1-2	63	75,9%	20	24,1%	10,341	0,001
>2	548	88,5%	71	11,5%		
<b>Planeamento da Gravidez</b>						
Não	118	72%	46	28%	41,561	0,000
Sim	416	91%	41	9%		
Sim, mas não para esta altura	79	92,9%	6	7,1%		
<b>Quem quis o filho</b>						
Ambos	511	91,6%	47	8,4%	54,360	0,000
Um dos pais	35	74,5%	12	25,5%		
Nenhum	67	66,3%	34	33,7%		
<b>Local de Vigil da Gravidez</b>						
Público	391	82,8%	81	17,2%	19,986	0,000
Particular	183	95,3%	9	4,7%		
Ambos	39	92,9%	3	7,1%		
<b>Problemas Saúde na Gravidez</b>						
Sim	242	90,6%	25	9,4%	5,397	0,020
Não	372	84,5%	68	15,5%		

Outras razões, subjectivas, para cuidados pré-natais inadequados são apresentadas pelas mulheres, que se apresentam no subcapítulo seguinte.

### ***Razões subjectivas para cuidados pré-natais inadequados***

Das mães imigrantes que apresentaram razões para cuidados pré-natais inadequados, 11 (73,3%), referem a “falta de dinheiro”, 5 (33,3%) “estar noutra país”, 4 (26,7%) “pensar que não tinha direito às consultas”, 4 (26,7%) “dificuldade em marcar consultas”, 4 (26,7%) “não ter nenhum problema de saúde”, 4 (26,7%) “não saber onde se dirigir”, 4 (26,7%) “medo de problemas legais” e 4 (26,7%) “dificuldade em falar português”.

Entre as mães não imigrantes 4 (66%) mencionam “não sabia que estava grávida, 3 (50%) “falta de dinheiro” e 3 (50%) “sentir que não davam apoio”.

### **Discussão dos resultados**

Estes resultados podem dever-se à falta de estabilidade emocional, familiar e mesmo económica das famílias imigrantes, e mesmo à situação laboral precária em que os imigrantes vivem, sobretudo as mulheres. Também, e como refere Pérez Cuadrado et al (2004), motivos como a dificuldade de adaptação ao novo país, stress característicos do estatuto de imigrante e ainda os factores de tensão social, referidos por Forna et al (2003) podem concorrer para a falta de harmonia do casal na decisão do momento de ter um filho.

Como sabemos as mulheres imigrantes estão em maior risco de terem dificuldades de aceder aos cuidados pelas características próprias do seu estatuto de imigrantes. Razões como empregos precários, medo de problemas legais, barreiras culturais, psicossociais e linguísticas, a falta de educação/informação, falta de vaga para a primeira consulta, reclusão social e ocultação da gravidez, podem também concorrer para o resultado verificado, provocando um atraso na procura dos cuidados, como consta de vários estudos (Delvaux et al, 2001; Nagahama & Santiago, 2006; Martin Ibáñez et al, 2006; Ross et al, 2007).

Tendo como base tudo o que foi referido até ao momento e pela realização do teste de Qui-Quadrado que associou os cuidados pré-natais e a condição de imigrante e não imigrante ( $\chi^2 = 28,945$ ,  $p = 0,000$ ), há evidência para afirmar que “há diferença entre os cuidados pré-natais nas mulheres imigrantes e não imigrantes no contexto de saúde português”. As razões possíveis para explicar esta diferença já foram amplamente descritas acima, contudo apraz-nos reforçar a importância da bagagem cultural e a falta de familiaridade com o sistema de saúde português, por parte das mães imigrantes.

Reduzir as barreiras e garantir cuidados pré-natais individualizados, atendendo às necessidades das diversas culturas, populações ou grupos minoritários pode encorajar as mulheres a procurarem os cuidados de saúde aquando da gravidez (Delvaux et al, 2001).

### **Conclusão**

Um desafio importante na melhoria dos cuidados pré-natais é responder à mudança dos padrões de diversidade étnica na população que resultam da imigração. Mulheres de diferentes origens étnicas têm não só diferentes necessidades, expectativas e recursos, mas também diferentes padrões de acesso aos cuidados pré-natais (McClafferty e Grady, 2005).

- As mães imigrantes incluídas no estudo, em comparação com as não imigrantes, apresentam maior percentagem de gravidezes não planeadas, em que nenhum dos pais desejou a gravidez, realizaram a vigilância da mesma maioritariamente em locais públicos no qual a presença do Enfermeiro foi mais efectiva, realizando menos consultas e com início dos cuidados pré-natais mais tardiamente. Em relação à presença de complicações na gravidez, aumento de peso, à realização de exames, ensinos e entrega do boletim de saúde da grávida, verificaram-se resultados idênticos em ambos os grupos.

- Há diferença entre os cuidados pré-natais nas mulheres imigrantes e não imigrantes no contexto de saúde português ( $p < 0,005$ ).

- São factores determinantes dos cuidados pré-natais inadequados: a idade (adolescente), o estado civil (não casada), a escolaridade ( $\leq 9.º$  ano de escolaridade), a profissão (doméstica/estudante), situação profissional (não empregada), o agregado familiar ( $\geq 7$  elementos), rendimento familiar ( $< 450€$ ), a situação habitacional (outra), incluindo a ausência de internet e o número de assoalhadas (1-2 assoalhadas), o planeamento da gravidez (não planeada), quem desejou a gravidez (nenhum), o local onde foram realizados os cuidados pré-natais (público) e os problemas de saúde na gravidez (existência).

Assim propomos que:

- Os serviços de saúde, façam esforços no sentido de aumentar a colaboração com as organizações da comunidade que apoiam a população imigrante, a fim de as envolver na educação pré-natal dos seus elementos;

- Os cuidados pré-natais devem abranger toda a população equitativamente, independentemente da sua nacionalidade, pelo que se devem desenvolver estratégias de apoio à melhor utilização dos recursos existentes.

## Referências bibliográficas

- Alves, O; Mendonça, D; Maciel-Barbosa, A (2005) – Saúde da mulher e da criança: necessidades, comportamentos e atitudes. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Vol. 23, n.º1, (Janeiro/Junho), p. 69-80.
- Amuedo-Dorantes, C., & Mundra, K. (2003). Impact of immigration on prenatal care use and birth weight: evidence from California in the 1990's. *American Economic Review*, 93(2), p. 242-246. Acesso em Março, 15, 2009, em <http://www.atypon-link.com/doi/abs/10.1257/000282803321947128>.
- Barros, H., Rodrigues, T., & Leite, L. P. (1995). Caracterização sócio-demográfica do recurso a cuidados pré-natais. *Arquivos de Medicina*, 9(3), p. 155-158.
- Calderon, I; Cecatti, J G; Vega, C E (2006) – Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [em linha] Vol. 28, n.º 5 (Maio), p. 310-315. [citado em 20 de Março de 2009]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000500008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000500008&script=sci_arttext)>.
- Carballo, M. (2009). *The challenge of migration and health*. Antwerp: International Centre for Migration and Health. Acesso em Abril, 20, 2009, em <http://www.migrationanddevelopment.net/perspectives-positions/the-challenge-of-migration-and-health>.
- Cardoso, M. J. S. P. O. (1996). *Cuidados pré-natais: Acesso e conteúdo das consultas*. Porto. Dissertação de Mestrado.
- Coimbra, L. C, Silva, A. A. M., Mochel, E. G., Alves, M. T. S. S. B., Ribeiro, V. S., Aragão, V. M. F. [et al.] (2003). Factores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), p. 456-462. Acesso em Abril, 20, 2009, em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16780.pdf>
- Delvaux, T [et al.] (2001) – Barriers to prenatal care in europe. American Journal of Preventive Medicine [em linha]. Vol. 21, n.º 1 (July), p. 52-59. Disponível em WWW:<URL: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIImg&\\_imagekey=B6VHT-438KHWM-9-5&\\_cdi=6075&\\_user=2465353&\\_orig=search&\\_coverDate=07%2F31%2F2001&\\_sk=999789998&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkWA&md5=d02e950e8d37ee13641bba8b5122e038&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6VHT-438KHWM-9-5&_cdi=6075&_user=2465353&_orig=search&_coverDate=07%2F31%2F2001&_sk=999789998&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkWA&md5=d02e950e8d37ee13641bba8b5122e038&ie=/sdarticle.pdf)>.
- Dias, S [et al.] (2004) - Risco de Infecção por VIH/SIDA: utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante. Acta Medica Portuguesa [em linha]. Vol.17, n.º 3 (Maio/Junho), p. 211-218. [citado em 18 de Março de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2004-17/3/211-218.pdf>>.
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: implicações para a intervenção. *Psicologia*,

- Saúde & Doença*, 3(1), p. 89-102. Acesso em Maio, 24, 2010, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n1/v3n1a06.pdf>.
- Forna, F. [et al.] (2003) – Pregnancy outcomes in foreign-born and US-born women. International Journal of Gynecology and Obstetrics [em linha]. Vol. 83, n.º 3 (December), p. 257-265. [citado em 27 de Abril de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/ijg/article/PIIS0020729203003072/fulltext>>.
- Gardner, DB (2007) – Immigration and health care reform: shared struggles. Nurs Econ [em linha]. Vol. 25, n.º 4, p. 235-237 [citado em 24 de Maio de 2009]. Disponível em WWW:<URL:[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FSW/is\\_4\\_25/ai\\_n27345361/?tag=content;col1](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSW/is_4_25/ai_n27345361/?tag=content;col1)>.
- Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1, p. 405-412. Acesso em Abril, 20, 2009, em <http://www.sohealth.co.uk/history/inversecare.htm>.
- Hyman, I., & Dussault, G. (2000). Negative consequences of acculturation on health behavior, social support and stress among pregnant Southeast Asian immigrant women in Montreal: an exploratory study. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), p. 357-360. Acesso em Abril, 20, 2009, em <http://www.cpha.ca/Periodicals/Period.home.html>.
- Jansa, J. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18, Supl 1, p. 207-213. Acesso em Março, 19, 2009, em [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400033&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400033&script=sci_arttext).
- Ku, Leighton (2007), Reducing disparities in health coverage for legal immigrant children and pregnant women – Center on Budget and policy priorities, Washington. Revised April 20, 2007, p1-5 <http://www.cbpp.org/files/4-20-07health2.pdf>
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7ª ed. Lisboa: Lusodidacta.
- Machado, M. C., Santana, P., Carreiro, M. H., Nogueira, H., Barroso, M. R., & Dias, A. (2006). *Iguais ou diferentes: Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Laboratórios Bial.
- Maggi, J.; Cattacin, S. (2003) – Needed Basic Research in «Migration and Health» – 2002-2006 in Switzerland. SFM [em linha]. Suíça, [citado em 20 de Maio de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.unige.ch/ses/socio/sandrocattacin/publications/29.pdf>>.
- Marquês, L F (1992) – A qualidade dos cuidados de saúde pré-natais nos sistemas público e privado (Cova da Piedade). Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa, Vol. 10, n.º 1 (Janeiro/Março), p. 45-62.
- Martín Ibañez, I. [et al.] (2006) – Resultados perinatales de las gestantes inmigrantes. Anales de Pediatría [em linha]. Vol. 64, n.º 6, p.550-556. [Citado em 02 de Abril de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.doyma.es>>.

- Mcglade, M S.; Saha, S; Dahlstrom, M E. (1994) – The Latina Paradox: an opportunity for restructuring prenatal care delivery. American Journal of Public Health [em linha]. Vol 94, n.º 12 (December), p. 2062–2065. [citado em 21 de Abril de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1448590>>.
- Mckay, L.; Macintyre, S.; Ellaway, A. (2003) – Migration and Health: A Review of the International Literature. Occasional Paper [em linha]. Glasgow: Medical Research Council – Social and Public Health Sciences Unit, N.º 12 [citado em 20 de Maio de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.sphsu.mrc.ac.uk/files/File/library/occasional/OP012.pdf>>
- Mclafferty, S; Grady, S (2005) – Immigration and Geographic Access to Prenatal Clinics in Brooklyn, NY: A Geographic Information Systems Analysis. American Journal of Public Health [em linha]. Washington, DC: American Public Health Association, Vol. 95, n.º 4, p. 638–640 [citado em 24 de Maio de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1449234>>.
- Nagahama, E; Santiago, S M (2006) – O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Cadernos de Saúde Pública [em linha]. Vol. 22, n.º 1 (Janeiro), p. 173-179. [citado em 20 de Abril de 2009]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100018)>.
- Pérez Cuadrado, S [e tal.] (2004) – Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. Anales de Pediatría [em linha]. Vol. 60, n.º 1 (Enero), p. 3-8. [citado em 16 de Janeiro de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.doyma.es>>.
- Ray, J G. [et al.] (2007) – Results of the recent immigrant pregnancy and perinatal long-term evaluation study (RIPPLES). Canadian Medical Association Journal [em linha]. Vol. 176, n.º 10 (May), p. 1419-1426. [citado em 20 de Abril de 2009] Disponível em WWW:<URL: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/10/1419>>.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007. *Diário da República nº 63/2007 - I Série*. Presidência do Conselho de Ministros. Acesso em Abril, 20, 2009, em [http://www.acidi.gov.pt/docs/ACIDI/PII\\_DR.pdf](http://www.acidi.gov.pt/docs/ACIDI/PII_DR.pdf).
- Ross, S [et al.] (2007) – Obstetrical Services for South Asian Immigrant Women and Women Born in Canada – Telephone Survey of Users. Departments of Obstetrics and Gynaecology, Family Medicine and Community Health Sciences [em linha]. Canadá [citado em 15 de Março de 2009]. Disponível em WWW:<URL:[www.obgyn.ucalgary.ca/Documents/BrarProtocol.doc](http://www.obgyn.ucalgary.ca/Documents/BrarProtocol.doc)>.
- Scheppers, E., Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23(3), p. 325-348. Acesso em Maio, 20, 2009, em <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/cmi113v1>.

- Sperb, Â; Graça, F; Costeira, M J (2002) – Vigilância da gravidez: suficiente? adequada? Saúde Infantil. Coimbra. Vol. 24, n.º 2, (Setembro), p. 43-48.
- Stronks, K., Ravelli, C. J., & Reijneveld, A. S. (2001). Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(10), p. 701-707. Acesso em Maio, 24, 2009], em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1731789&blobtype=pdf>.
- Sundquist, J. (2001) – Migration, equality and access to health care services. J Epidemiol Community Health [em linha]. Vol. 55, n.º10, p.691-692 [citado em 25 de Maio de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1731775&blobtype=pdf>>.
- Tavares, M; Barros, H (1995), – Cuidados pré-natais em Portugal. Arquivos de Medicina. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Vol. 9, n.º 6, p. 367-371.
- United Nations Population Fund (2006). A situação da população mundial 2006, passagem para a esperança: Mulheres e migrações internacionais : Relatório OCDE.
- Wingate, M S.; Alexander, G R. (2006) – The healthy migrant theory: variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. Social Science & Medicine [em linha]. Vol. 62, (January), p. 491–498. [citado em 20 de Abril de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17404971>>.



## Cuidar no parto: uma abordagem cultural

Coutinho E.<sup>1</sup>; Parreira V.<sup>2</sup>; Silva A. L.<sup>3</sup>; Pereira C.<sup>1</sup>; Nelas P.<sup>1</sup>; & Ferreira M.<sup>1</sup>

### Resumo

**Introdução:** Neste estudo, subordinado ao tema; cuidar no parto: uma abordagem cultural, foi nosso objectivo compreender os significados inerentes ao processo de cuidar, atribuídos pelos enfermeiros e pelas parturientes.

A abordagem teórica teve por base a teoria transcultural do cuidar de Madeleine Leininger (1997, 2007) em articulação com os fenómenos culturais de Giger & Davidhizar (1991, 2002) como suporte à forma de olhar e teorizar o cuidado cultural

**Material e métodos:** Estudo exploratório, descritivo, de orientação etnográfica, na vertente da etnoenfermagem. O local do estudo foi na sala de partos de um hospital distrital da zona centro. De acordo com o objectivo do estudo, o método etnográfico na vertente da etnoenfermagem, revelou-se o mais adequado para, em contexto natural, obter das pessoas as suas crenças, valores e práticas no processo de cuidar em enfermagem. A colheita de dados foi realizada pelo recurso à observação participante - modelo OPR de Leininger e entrevistas semi-estruturadas, aos dois grupos culturais: enfermeiros e parturientes. Do grupo cultural que constituiu a amostra intencional, dos 20 enfermeiros, 13 foram informantes, 9 dos quais foram informantes chave; das 110 parturientes observadas, 26 foram informantes e destas, 8 foram informantes chave. Todos os informantes chave foram seleccionados para entrevistas semi-estruturadas. O modelo de análise de dados foi o de Spradley. (1979 e 1980)

**Resultados:** Emergiram 16 domínios culturais, 9 de significados relativos aos enfermeiros e 7 referentes às parturientes; 2 taxonomias: uma relativa aos enfermeiros e outra às parturientes; e 3 temas culturais: 1 respeitante aos enfermeiros, e 2 relativos às parturientes.

**Conclusão:** Os temas que emergiram dos dois grupos em análise traduzem por si o significado do cuidar, que por parte dos enfermeiros é assumido que cuidar é *ajudar a passar por uma experiência fundamental*. Para as, parturientes, *ser cuidada*, significa *sentir-se ajudada* embora nem sempre se sintam compreendidas.

---

<sup>1</sup> Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.

<sup>2</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto.

<sup>3</sup> Universidade de Aveiro.

## Introdução

Neste estudo, cujo objecto se situa no cuidado cultural, assume-se uma perspectiva de que tanto a excelência como a arte do cuidar adquirem-se e observam-se a partir das práticas; parte-se da premissa de que é através dos cuidados de enfermagem que se prestam, é com as pessoas de quem se cuida que os saberes de enfermagem se demonstram e assumem a sua relevância (Chinn & Kramer, 1991).

Neste contexto, procuramos descobrir a essência do cuidado e desocultar o significado do cuidar pelo recurso a uma metodologia de investigação qualitativa, de orientação etnográfica, na vertente da Etnoenfermagem, pelo facto de, em contexto natural, nos permitir obter das pessoas crenças, valores e práticas culturais dos cuidados de enfermagem partilhados pelos enfermeiros e parturientes, que orientam o seu pensamento e determinam as suas decisões, a sua linguagem e o seu comportamento (Leininger, 1985, 1997).

A realidade cultural em que a parteira era um membro da comunidade, partilhava os mesmos valores da parturiente e em que coexistia um espírito de entreajuda e cumplicidade, está hoje posta em causa. Os contextos sociais culturais e económicos determinaram a existência de uma outra realidade social bem diferente, tal como podemos constatar pelas conclusões em estudos realizados por Parreira, (1995), (2004), (2008), Coutinho (2000) & Castro (2009). Na sala de partos do hospital, o exercício profissional dos enfermeiros especialistas relativamente aos cuidados que prestam às parturientes não se encontra restringido ao contexto exclusivo das práticas. Situa-se numa encruzilhada que engloba a sua socialização profissional (modelos organizacionais, arranjos específicos entre vários tipos de recursos) e o respectivo confronto dos saberes nos contextos, bem como a sua conversão em competências que não são exclusivamente técnicas e científicas, mas que integram o exercício, a atribuição e o reconhecimento de direitos à cidadania das parturientes (Tereso, 2005). Estamos, assim perante uma realidade em que caminhamos rumo ao “combate” da ausência de práticas emancipatórias, e que apesar do discursivo ter mudado, o défice na comunicação continua a ser a variável mais notória

O ambiente familiar de outrora no seio do qual a mulher dava à luz rodeada de familiares, e sobretudo a presença da sua mãe a ajudar foi substituído pelo hospital, dando lugar ao isolamento, num local que é pouco ou nada familiar, embora possa ter por perto

alguém significativo mas fica, à mercê de cuidados estéreis e de profissionais que, embora possam ser técnicos perfeitos, são-lhe completamente desconhecidos (Loux, 1990)

Para além dos valores e das crenças de cada um, os enfermeiros possuem também uma cultura profissional. Purnell (2005) e Purnell & Paulanka (2008) consideram a cultura como tudo o que nos é transmitido pela sociedade em relação a crenças, valores, comportamentos, costumes, formas de estar na vida, ou outros, que caracterizam uma sociedade e a guiam. Leininger (1997, 2007) alerta que, para se prestarem cuidados culturalmente congruentes, tem de conhecer-se não só os valores do outro, mas também controlar os seus valores para evitar posições etnocêntricas nos cuidados. Valores esses que traduzem o grau de importância e de estima social, concedidos a uma crença, e que são portanto alvo da protecção de cada um (Collière. 1989). A este propósito Giger & Davidhizar (1991, 2002), afirmam mesmo que os valores constituem a pedra angular das crenças, atitudes e comportamentos, exercendo uma influência profunda sobre o indivíduo, sendo conseqüentemente muito difíceis de modificar. Valores esses que exercem uma influência incalculável sobre os desejos das parturientes (Badinter, 1991), e determinam as atitudes e comportamentos de cada uma. Os próprios significados de gravidez e maternidade são variáveis de cultura para cultura, modificando-se ao longo do tempo dentro da mesma cultura (Colman & Colman, 1991). Tal significa que de acordo com os valores culturais de cada mulher, assim será a sua forma de encarar o processo do trabalho de parto. Pelo que todos os rituais associados ao parto e os modos de expressão da dor são o reflexo de uma cultura, e variam consoante as parturientes e as culturas, devendo encarar-se seriamente todas as manifestações, ou correr-se-á o risco de errar no juízo diagnóstico da situação (Bolander, 1998). Deste modo torna-se imperioso contextualizar os comportamentos, de forma a evitar interpretações erróneas que constituiriam, sem dúvida, obstáculos à prestação de cuidados culturalmente congruentes.

O conhecimento e a consciencialização dos enfermeiros relativamente aos seus próprios valores ajuda-os a evitar atitudes etnocêntricas, e aproxima-os do paradigma da transformação, e do cuidar para o bem-estar tal como a pessoa o define (Kérouac et al, 1994), ou, como o casal o interpreta, caminhando-se para o estabelecimento de uma comunicação eficaz, e uma verdadeira relação de cuidados humanos (Watson, 2002), convertendo o enfermeiro num técnico de relação (Kracht, 1992).

A competência cultural pressupõe o conhecimento do cuidado profissional, mas também do cuidado genérico ou popular de modo a identificar as práticas culturais benéficas, neutras ou malélicas e agir por preservação, acomodação ou repadronização cultural (Leininger, 1995). A esta visão genérica ou popular, nativa de cada cultura Spradley (1979, 1980) denomina *emic* e à visão profissional, proveniente da educação formal denomina de *etic*. As duas visões permitem ao profissional conciliar culturas e ajustar os cuidados no sentido da competência cultural.

Caminhamos para a prestação de cuidados culturalmente congruentes quando compreendemos o significado que lhes atribui a pessoa cuidada, e tomamos consciência do espaço de relação onde têm lugar actividades e vivências que viabilizam transitar de um desconforto para um conforto, em que *as coisas nunca são o que são, mas aquilo que sentimos delas, o sentido que lhes damos e o modo como as vivenciamos* (Valeriano, 1996:8).

Com base no entendimento de ver o outro como um ser único e diferente delineámos duas questões de investigação:

O que fazem, pensam e dizem os enfermeiros de saúde materna, na sua prática, na sala de partos? Como interpretam os enfermeiros e as parturientes os cuidados de enfermagem, com que significados?

### **Material e métodos**

Metodologia de investigação qualitativa; método etnográfico na vertente da etnoenfermagem, por permitir obter das pessoas as suas crenças, valores e práticas culturais, ou seja, aprender com as pessoas no seu contexto natural. A colheita de dados foi baseada na observação participante, de acordo com o modelo OPR de Leininger (1991) e entrevistas semi-estruturadas, aos dois grupos culturais, com o intuito de compreender os significados culturais no âmbito do processo de cuidar. O contexto que se impunha para dar resposta a este objectivo seria de âmbito hospitalar, decorreu na sala de partos de um Hospital Distrital da zona centro, assente no pressuposto de que a enfermagem é uma cultura profissional, um hospital é uma instituição sociocultural e uma unidade de cuidados é uma subcultura, como referencia Germain (1993) e Leininger (1991).

O estudo é orientado numa perspectiva *emic*, ou ponto de vista nativo, descreve o comportamento de dois grupos culturais (enfermeiros e parturientes), utilizando os seus conceitos e a sua própria linguagem, na forma como relatam a sua própria realidade; e numa perspectiva *etic*, ou visão do investigador, implícita na análise referente à interpretação e

explicação das manifestações do comportamento dos informantes, com base no modelo de análise de dados de Spradley (1979 e 1980).

A utilização deste método, a etnoenfermagem, na perspectiva *emic* tanto das parturientes como dos enfermeiros, revela o que uns e outros sabem, como descrevem e como interpretam o cuidar dentro dos seus estilos de vida culturais, das suas crenças e do seu ambiente (Leininger, 1985). Motivo pelo qual a autora defende, na elaboração da sua teoria de cuidar cultural, que *o cuidar é a essência e o foco central, dominante e unificador de enfermagem* (Leininger, 1991:35).

Com este estudo, pretendemos compreender o significado atribuído ao cuidar a parturiente, na perspectiva de quem cuida e da pessoa que é cuidada. Como o significado é a nossa preocupação essencial, optámos por colher dados ricos em pormenores descritivos relativos às pessoas, a locais e a conversas como o aconselham (Bogdan & Biklen, 1994).

A investigação etnográfica em enfermagem, à qual Leininger (1985) acrescentou o sufixo etno, e denominou de etnoenfermagem, tem a formulação e o foco diferente da etnografia, na medida em que a etnoenfermagem pretende *descobrir novos conhecimentos de enfermagem como percebidos ou experimentados por enfermeiros ou consumidores de serviços de saúde e enfermagem* (Leininger, 1985:38). Assim, a etnoenfermagem pode contribuir para a compreensão do significado do cuidar, permitindo descrever e explicar, interpretar e prever os fenómenos relacionados com o cuidado humano e a cultura.

No sentido de obter uma maior diversificação de informantes durante o período de observação, optámos por uma selecção intencional da amostra. Assim, na selecção dos informantes chave, foi tido em consideração a facilidade de expressão, a disponibilidade de tempo, experiência e envolvimento na subcultura em estudo e o interesse demonstrado em participar. O grupo cultural foi constituído por 16 enfermeiros e 4 parteiras, 13 foram informantes, e 9 foram informantes chave, tendo sido estes seleccionados para entrevistas. De igual modo, das 110 parturientes, 26 foram informantes e 8 seleccionados para entrevistas constituindo-se como informantes chave.

## **Resultados**

Apresentam-se de seguida alguns resultados emergentes que traduzem os significados expressos por quem cuida e quem é cuidado, ou seja; enfermeiros e parturientes

Emergiram 16 domínios culturais dos quais 9 traduzem os significados que os enfermeiros atribuem ao cuidar, e 7 representam os significados que as parturientes

atribuem aos cuidados que lhes são prestados pelos enfermeiros; 2 taxonomias: uma relativa aos enfermeiros e outra às parturientes; e 3 temas culturais: 1 respeitante aos enfermeiros, e 2 relativos às parturientes.

### Apresentam-se alguns dados dos domínios culturais (DC) relativos aos enfermeiros

Significados que os enfermeiros atribuem ao cuidar	Dos significados atribuídos ao cuidar uma mulher em trabalho de parto, pelos enfermeiros, emerge um modelo humanista de cuidar, valorizando-se a parturiente/recém-nascido/acompanhante, como centro dos seus cuidados
Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para estabelecer uma relação terapêutica	Os enfermeiros estabelecem uma relação terapêutica com as parturientes. ... <i>Tento estabelecer uma comunicação com a mulher de forma a minimizar a dor.</i> (8F20), colocando-as à vontade, num ambiente de descontração para que elas possam dizer o que sentem
Constrangimentos que dificultam a forma de cuidar dos enfermeiros	Diferentes condicionalismos, são entendidos pelos enfermeiros como determinantes nos cuidados que prestam, de acordo com a sua concepção de cuidar. A escassez de pessoal e equipamentos gera o descontentamento dos profissionais influenciando a sua forma de cuidar, da mesma forma que o distanciamento do enfermeiro relativamente à parturiente também implica constrangimentos.
Significados atribuídos ao momento do parto e nascimento	O parto e o nascimento constituem momentos marcantes na interpretação dos enfermeiros e os significados que lhes atribuem estão também de acordo com cada contexto, com cada parto, com cada mulher. O parto é interpretado como um período importante na vida da mulher, como momento de felicidade, de alegria, de beleza, um acontecimento único, onde por vezes os profissionais revivem o nascimento dos próprios filhos.
Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros	Na sua prática de cuidar na SP, os enfermeiros vivenciam os mais variados sentimentos, consoante o entendimento que têm das situações. A dor e o sofrimento da mulher são manifestamente geradores de diferentes sentimentos nos enfermeiros. Perante a dor e o sofrimento da mulher em TP expressam impotência, revolta, frustração, angústia, mas também empatia.
Atitudes relativamente aos gritos das parturientes	Os enfermeiros têm a convicção que ao gritar, a parturiente não respira, e conseqüentemente impede a chegada de oxigénio ao feto, havendo uma grande preocupação em modificar o seu comportamento.
Motivos para os gritos das parturientes expressos pelos enfermeiros	As razões que levam as parturientes a gritar têm um significado particular para os enfermeiros e que podem não ser as mesmas que para as parturientes.
Motivos que levam os enfermeiros a incentivarem a presença do pai	O acompanhante desempenha um papel central no dia-a-dia dos enfermeiros. Estes informam-no das normas da instituição que lhe estão destinadas; do local indicado para guardar a farda que usa durante o internamento da parturiente na sala de partos; e sobretudo envolvem-no nos cuidados à parturiente. Pretendem não só proporcionar-lhe a vivência daquele momento, como que se

	torne um complemento na assistência, em benefício da mulher, mas também dos próprios profissionais, os quais expressam a ajuda inestimável do acompanhante, numa estrutura física do serviço que consideram de grandes dimensões.
Domínio cultural 9 – modos dos enfermeiros controlarem o meio ambiente	O ambiente é entendido pelos enfermeiros como o espaço físico, <i>onde a utente está, e tem a ver com a cama, o mobiliário disponível para (...) Servir de apoio durante o trabalho de parto quer para a mãe quer para o recém-nascido (15C25)</i> . Comparam o actual ambiente ao das velhas instalações e consideram que ambos influenciam os cuidados à parturiente. Realçam de uma forma positiva a visualização das utentes no antigo hospital, e no actual a privacidade das mesmas, embora neste último as dimensões também sejam consideradas como um factor negativo, no que concerne a uma prestação de cuidados atempada e mais eficiente. Por outro lado, consideram que o ambiente deve ser acolhedor, e estar sempre pronto para receber as parturientes, devendo ter-se especial atenção às situações particulares, como utentes com hipertensão arterial.

### Alguns dados dos domínios relativos às parturientes

Atitudes dos enfermeiros interpretados pela utente como cuidados individualizados	As atitudes dos enfermeiros na sua prática de cuidar tomam expressão nos significados que lhes atribuem as parturientes. A importância que elas dão aos aspectos relacionais é determinante na interpretação dos mesmos como cuidados individualizados.
Forma de manifestarem a dor e o sofrimento durante o trabalho de parto	Cada mulher vivencia de forma diferente, o trabalho de parto e o parto, e a mesma mulher refere diferentes vivências em partos diferentes, sendo porém a dor e o sofrimento condicionantes dos diferentes comportamentos das mulheres. Ainda em início de trabalho de parto, as parturientes apresentavam-se bem-dispostas na sua generalidade. Com a evolução do trabalho de parto e a aproximação do parto, os comportamentos alteravam-se, podendo encontrar-se algumas calmas e cooperantes, mas a grande maioria evidenciava sinais de tensão, havendo algumas que gritavam, que mordiam a mão, que pediam para lhe tirarem o filho. Já no período de pós-parto, diziam... <i>Em determinadas alturas, saem-nos coisas que não queríamos dizer (...) A pessoa descontrola-se e diz coisas que não está a contar dizer (4UA21)</i> .
Forma de percepcionarem o meio ambiente	A forma de percepcionarem o meio ambiente varia de mulher para mulher, e na mesma mulher ao longo do trabalho de parto, à medida que decorrem as transformações fisiológicas, também as temperaturas oscilam, justificando algumas das percepções de frio, no pós parto e de calor ao longo do trabalho de parto. Contudo, as parturientes manifestam outros significados.
Manifestações expressas pelas parturientes por se sentirem incompreendidas na forma de cuidar pelos	Poucas parturientes verbalizam a ansiedade resultante da falta de comunicação. No entanto, muitas a manifestam de forma não verbal, sempre que situações de falta de comunicação ou erros de interpretação ocorrem. Chorar foi uma das manifestações por nós observadas e verbalizadas

enfermeiros	pela parturiente resultante de erros de interpretação entre o enfermeiro e a parturiente, a qual descreveu uma vivência anterior em que lhe administraram um analgésico e com o qual se sentiu mal. Ao pedir ao enfermeiro algo para a ajudar, não se referia a analgésicos, mas sim, a ajudar a ser mais rápido, o que não foi assim interpretado pelo enfermeiro, com o qual validámos esta observação.
Forma de interpretarem o tempo durante o trabalho de parto	A percepção do tempo pelas parturientes encontra-se significativamente relacionada com a vivência da dor e o sofrimento de cada uma, até ao nascimento do filho, e a comparação com partos anteriores.
Motivos expressos pelas parturientes para evitarem pedirem a presença do enfermeiro	Apesar de dificilmente o verbalizarem, era notório que evitavam chamar os enfermeiros, receando incomodá-los «sem necessidade», como diziam, adoptando uma atitude de desvalorização das suas dúvidas perante a figura do enfermeiro. Num dos dias da nossa observação a enfermeira perguntou à parturiente se gostaria de prender os cabelos com um elástico, ao que a parturiente respondeu negativamente. No entanto, outra enfermeira sem nada perguntar à parturiente prende-lhe os cabelos, ao que ela agradeceu. Às nossas perguntas de contraste a parturiente respondeu que não queria incomodar.
Sensações em relação à tecnologia	O significado que as parturientes atribuem à utilização da tecnologia durante o trabalho de parto, centra-se no uso da ecografia, mas essencialmente da cardiocografia, tendo em conta o momento no qual elas são efectuadas e o esclarecimento que é prestado, assumindo vários significados para a parturiente. Contudo o interesse que lhe é dado é manifesto, <i>o registo é mesmo para o nosso interesse, nem ela ia fazer nada que fosse para nos fazer mal, claro, é para salvaguardar a nós e ao bebé, é uma maneira de saber se nós também estamos bem, talvez por notar em nós receio em dizer aquilo que estamos a sentir (AUB14).</i>

Foram os termos incluídos, que deixaram transparecer os significados atribuídos ao cuidar, pelos enfermeiros e parturientes por representarem os dados obtidos, do que os informantes disseram e fizeram e por nós observado, interpretado e estruturado em 16 domínios, 2 taxonomias, e 3 temas. Dos 9 domínios culturais que traduzem os significados que os enfermeiros atribuem ao cuidar, emergiu um tema: *cuidar é ajudar a parturiente a passar por uma experiência fundamental*, validado pelos enfermeiros e que reflecte uma visão humanística e holística de cuidar, semelhante à relatada por Leininger (1991, 2008).

Os temas emergentes dos significados atribuídos pelas parturientes aos cuidados que lhes são prestados - *sentir-se ajudada* e *não se sentir compreendida*, parecem caracterizar partes diferentes da cultura, e revelam alguma heterogeneidade cultural. O tema *sentir-se ajudada* vem reforçar o tema emergente dos enfermeiros. Alguns domínios das parturientes deixam transparecer esta congruência cultural, sobretudo, o domínio cultural 1 – *Tipo de*



*atitudes dos enfermeiros que a utente vivenciou como tendo sido cuidada de uma forma individualizada;* e o domínio cultural 3 – *Forma de perceberem o meio ambiente,* podendo concluir-se que os enfermeiros ajudam as parturientes a passar por uma experiência fundamental, e as parturientes sentem-se ajudadas pelos enfermeiros. Há efectivamente por parte dos enfermeiros, a manifestação de uma preocupação com o bem-estar da parturiente/casal, a qual tivemos oportunidade de verificar ao longo de alguns meses de observação participante. Um cuidar envolvendo o acompanhante que se preocupa com o bem-estar, como a pessoa o define, e onde o enfermeiro, de forma vigilante acompanha as pessoas nas suas experiências, enquadrando-se no paradigma da transformação, tal como expresso por Kérouac et al. (1994), ou no cuidar centrado na pessoa como apresentam Basto & Portilheiro (2003) e que caracterizam uma parte da cultura estudada.

Já do tema emergente *não se sentir compreendida*, transparece uma dificuldade de comunicação entre utentes e enfermeiros, atendendo a que o tema emergente dos enfermeiros continua a ser o mesmo, e o tema emergente das parturientes é, *não se sentir compreendida*, ilustrada no domínio cultural 4 – *Tipo de manifestações expressas pelas parturientes por se sentirem incompreendidas na forma de cuidar pelos enfermeiros*, nas subcategorias: *chorar; sentir medo; ficar irritada; e dizer que não adianta queixar-se*, e no domínio cultural 6 - *Razões para não chamarem os enfermeiros*, impossibilitando a prestação de cuidados culturalmente adaptados por parte dos profissionais.

Poderá haver o que Leininger (1991) denomina de alguma heterogeneidade cultural, implícita nos três temas emergentes, dos enfermeiros e parturientes, revelada por alguma falta de sintonia entre uns e outros, e que poderá estar ainda relacionada com uma cultura de enfermagem etnocêntrica, onde os profissionais agem de acordo com o que pensam ser melhor para as utentes, através da imposição das suas crenças, dos seus valores, não tendo em consideração (por não os conhecerem) as crenças, os valores ou os sentimentos dos outros. Este etnocentrismo está também expresso nos discursos de uma parturiente e de um enfermeiro, com o qual validamos os respectivos dados que se seguem, resultantes da nossa observação, e que apresentamos a título de exemplo. Salientamos do discurso da parturiente: 42UO2 - *«a senhora enfermeira prendeu-me o cabelo, mas eu fiquei aqui, pareço uma farfalhuda. Nunca prendi os meus cabelos, porque gosto muito mais de os ter soltos, e tenho a sensação que me arrepanha o couro cabeludo»*. E do discurso do

enfermeiro: 42E3- «*acho muito desconfortável elas estarem a transpirar, e aquele cabelo vir-lhe para a cara. É desagradável. E gosto de ver as minhas grávidas bonitas e confortáveis*».

Dos discursos, emerge o que Leininger (1991) denomina de incongruência cultural, atendendo a que o enfermeiro faz à parturiente aquilo que ele pensa e gosta, sem contudo lhe perguntar do que é que ela realmente gosta.

Apesar do envolvimento dos profissionais, evidente na maioria dos domínios, no tema emergente dos enfermeiros, e pela observação, participante, parece, contudo, haver uma dificuldade de comunicação perante o tema das parturientes em *não se sentir compreendida*, expresso nos domínios culturais 4 e 6. Deste último, *Motivos expressos pelas parturientes para evitarem pedir a presença do enfermeiro*, na subcategoria não querer incomodar, no termo incluído 42UO3, verificamos a preocupação da enfermeira em prestar cuidados culturalmente congruentes, e portanto respeitando os valores da parturiente no exemplo de não querer o cabelo apanhado, mas confrontamo-nos com a ausência de entendimento entre ambas, atendendo a que a parturiente não lhe disse que queria o que realmente queria, por não querer incomodar. Em contrapartida a postura etnocêntrica da outra enfermeira, validada com a mesma, revelou-se culturalmente congruente face à parturiente, visto ter prestado um cuidado desejado pela mesma, ainda que não lho tenha perguntado.

Confrontando o exposto com o domínio cultural 1 - *Tipo de significados que os enfermeiros atribuem ao cuidar* expressa pelos enfermeiros no qual emerge uma concepção humanista de cuidar, e o tema: *ajudar a passar por uma experiência fundamental*, impõe-se uma reflexão: Porque falha a comunicação entre o enfermeiro e a parturiente levando a que esta não se sinta compreendida? O que impede que os enfermeiros forneçam cuidados culturalmente adaptados?

Curiosamente, não é por pensar que os enfermeiros não gostam que os chamem, que a parturiente não se sente ajudada, como o confirmam algumas expressões no domínio cultural 1 – *Tipo de atitudes dos enfermeiros interpretados pela utente como cuidados individualizados*, quando confrontadas com outras expressões no domínio cultural 6 – *Motivos expressos pelas parturientes para evitarem pedir a presença do pai*. A mesma parturiente parece apresentar sentimentos contraditórios, por diferentes vivências, e pela forma como ela interpretou diferentes interacções com diferentes profissionais.

## Conclusão

Não esquecendo outras conclusões que já foram explicitadas ao longo da apresentação e análise dos dados, e tendo em conta os fenómenos culturais referidos por Giger e Davidhizar (1991, 2002) mais significativos nesta cultura, salientamos algumas das suas implicações neste estudo.

Efectivamente a *comunicação* desempenhou um papel central nos significados que as parturientes atribuíram aos cuidados que os enfermeiros lhes prestaram, interpretando-os como uma ajuda, tal como alguns exemplos de uma parte da cultura ilustram: 3UC21 – *...gostei da forma como ela conversou comigo. Senti-me bem*; 1UG16 – *Foram pessoas educadas, falaram-me com carinho*; 3UC3 - *... ela ajudou-me muito quando me ensinou a respirar para o bebé e a estar com o corpo mole. Muitas vezes me lembrava das palavras dela (...) ajudou-me muito*; 3UG24 - *... sempre ali comigo, a ensinarem-me tudo e a segurarem-me na mão e no braço, mesmo com carinho (...) foram espectaculares comigo*; 6UA17 - *... ela fica contente por nos ajudar. É maravilhosa*.

Contudo como já ficou expresso, numa outra parte da cultura emerge um *outro significado atribuído à comunicação*, deixando transparecer dificuldades ao nível da comunicação entre parturientes e enfermeiros, como se pode verificar nos extractos que se seguem: 2UC31 – *Estava a chorar (...) pensei que fosse só alguma coisa para ajudar ao parto, ser mais rápido. Eu não percebi bem o que ela queria dizer, senão dizia-lhe logo que não queria nada para as dores*; 4UB20 – *... ao mesmo tempo a gente ouve dizer e por aquilo que sentimos também por parte das pessoas, que poderemos pensar que de todas as vezes que a gente chama ou que a gente dizia, que poderão achar que somos piegas*; 5UB10 - *... eu é muito raro chamar, porque antes prefiro esperar, quando sinto as coisas, prefiro esperar*.

A satisfação da parturiente é evidente na sua percepção do *espaço*, o que associa à proximidade dos profissionais: 1UC5 – *Foi muito bom porque a gente não está sozinha. Sinto que está alguém sempre por perto*.

A percepção do *tempo* pela parturiente teve a influência do cuidar atento dos profissionais. 3UG7 -*...fizeram com que o meu parto acontecesse mais depressa para eu não estar a sofrer tanto (...) ajudaram-me muito*; 1UB6 -*... sempre a mandar umas bocas para eu me rir, na brincadeira, para fazer o tempo passar, para me ajudarem*.

Quanto à forma dos enfermeiros controlarem o *meio ambiente*, as parturientes atribuíram-lhe um significado de verdadeira dedicação e atenção. 2UD9 -*...eu transpirava,*

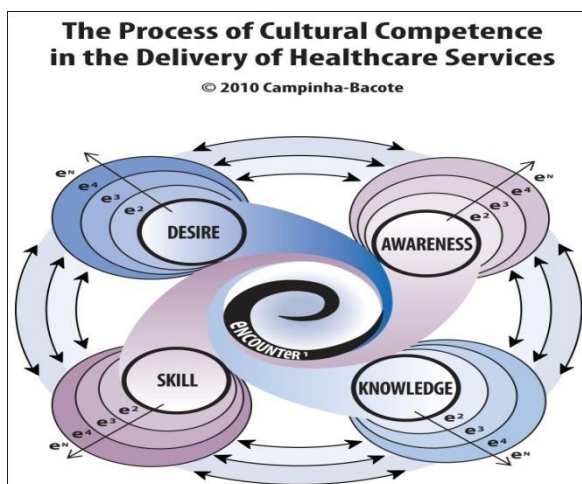
*mas ela secou-me a cara e o pescoço e passou as mãos pelo meu cabelo, afastando-o dos olhos ...como se eu fosse uma filha para ela; 1UC17 -...até me colocaram um creme nos lábios, porque eu tinha a boca seca, e deram-me uma compressa molhada para molhar a boca (...) muito atenciosas.*

A propósito do meio ambiente, e concretamente as instalações, estas são percebidas de diferentes formas pelos enfermeiros e parturientes. Os enfermeiros consideram-nas de grandes dimensões, pouco funcional para a prestação de cuidados eficientes à parturiente, como revela o discurso de um enfermeiro: 35A28 -...com estas distâncias tão grandes entre os quartos, arriscamo-nos a estar com uma parturiente num extremo, e no outro a estar um bebé a nascer sem que nós nos apercebamos. Contrariamente as parturientes manifestam o seu agrado pelas instalações: 1UD7 -...aqui as pessoas têm mais condições para desenvolver um bom trabalho. Têm óptimas condições.

Em jeito de síntese deixamos algumas sugestões para reflexão. Torna-se essencial descobrir o que é que não está bem, e arranjar estratégias adequadas ou favorecedoras da comunicação com a parturiente e que passará sem dúvida pelo conhecimento das suas crenças, dos seus costumes e da sua percepção da realidade, pois esta determina a sua resposta. Temos que obrigatoriamente reflectir a todos os níveis do conhecimento. Ao nível do ensino de enfermagem sugerimos que se introduza conjuntamente com outras, uma concepção de cuidado cultural que identificamos na teoria da universalidade e diversidade do cuidar de Madeleine Leininger, desenvolvendo no aluno competências que lhe permitam a identificação e interpretação das necessidades de cada parturiente em cuidados culturais. Mas, como referem Benner & Wrubel (1989), a teoria é somente um esqueleto simplificado da realidade, e a excelência adquire-se na prática, pelo que importa ao nível das práticas, repensar no perfil de competências profissional e na ajuda à parturiente, valorizando, de acordo com Chalifour (2008<sup>1</sup>: 23), não só o *conhecimento de si próprio, do seu papel como enfermeiro, dos fundamentos teóricos e dos processos em curso na relação*; como o nível dos comportamentos, as funções de contacto, as técnicas de comunicação não verbal (o toque, a distância, as posições físicas e o tempo, o olhar, o odor e paladar, a escuta, o silêncio e o convite ao prosseguimento), como as técnicas de comunicação verbal, as estratégias relacionais, e também as atitudes como *a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade, a compaixão e a esperança* (p. 26). Esta postura de ajuda é alvo da valorização das parturientes, implícita e explícita, numa grande parte dos domínios, e que

sintetiza uma forma de estar aberta ao outro, às suas crenças, valores e convicções, dando a cada parturiente o que cada uma realmente necessita, não lhe impondo ideias, valores ou práticas, vendo cada uma tal como ela realmente é, única e diferente.

Assim, é essencial promover a investigação no sentido de descobrir as crenças, valores, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos que orientam os pensamentos das parturientes, decisões e acções, no sentido de lhes serem desenvolvidas actividades dirigidas à assistência na gravidez e parto, como aliás o salienta um informante chave, *cuidar o casal da concepção ao nascimento (1C9)*, melhorando a sua condição humana de uma forma culturalmente congruente. Esta ideia vai de encontro a Campinha-Bacote (2002: 181, 2007, 2010) que defende no seu modelo de competência cultural no processo de prestação de cuidados, a existência de uma relação directa entre o nível de competência dos prestadores de cuidados de saúde e a sua capacidade de oferecer cuidados de saúde sensíveis ou culturalmente competentes.



Fonte: CAMPINHA-BACOTE J- The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services. Cultural competence is the process of becoming; not a state of being. (July, 2010) (<http://www.transculturalcare.net/>)

Reverendo o seu modelo em 2010 a autora considera que para além do desejo cultural, do conhecimento cultural, da habilidade cultural e da consciência cultural, o encontro com o outro é o aspecto central no seu modelo. Cada parturiente e cada enfermeiro têm a sua própria cultura, o seu sistema de significados, interpretando o mundo de uma forma particular, condicionando por vezes o entendimento entre ambos, aquando desse mesmo encontro, desse encontro de culturas.

Parece que tentamos caminhar para o que Leininger (1997, 2008) ao longo de meio século defendeu: que a enfermagem transcultural continue a expandir-se em todo o mundo e ofereça um cuidado congruente com a cultura das pessoas, porque no passado, esse cuidado foi muitas vezes ignorado, evitado, temido, negligenciado ou incompreendido. Depende de nós.

### Referências bibliográficas:

- BADINTER, Elisabeth – **O Amor Incerto. História do amor maternal do Séc. XVIII ao séc. XX.** Lisboa: Relógio d'Água, 1991.
- BASTO, Marta lima e PORTILHEIRO, Catarina - Concepções de Cuidados de Enfermagem: o que dizem os Enfermeiros *Revista Investigação em Enfermagem* Nº 7 (Fevereiro, 2003) p-42-51
- BENNER, Patricia; WRUBEL, Judith- **The primacy of caring: stress and illness.** NewYork, 1989.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari k. – **Investigação Qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto: Porto Editora, 1994.
- BOLANDER, Verolyn Barnes – Necessidades Humanas, In BOLANDER, Verolyn Rae- **Enfermagem fundamental.** Loures: Lusodidacta, 1998, p. 307-328.
- CAMPINHA-BACOTE J- A Culturally Competent model of care. 2007 (<http://www.transculturalcare.net/>)
- CAMPINHA-BACOTE J- The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 13 Nº. 3, July 2002 181-184
- CAMPINHA-BACOTE J- The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services. Cultural competence is the process of becoming; not a state of being. (Jully, 2010) (<http://www.transculturalcare.net/>)
- CASTRO, Maria Clara D. C. C. – O ciclo da vida - Perspectivas culturais. No caminho da competência cultural. IN LOPES et al. **Multiculturalidade. Perspectivas da enfermagem. Contributos para melhor cuidar.** Loures: Lusociência, 2009, p. 149-164
- CHALIFOUR, Jacques – **A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção.** Loures: Lusodidacta, 2008.
- CHALIFOUR, Jacques – **A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda.** Loures: Lusodidacta, 2008<sup>1</sup>.
- CHINN, P.; KRAMER, M – **Theory and Nursing: a systematic approach.** 3ª ed. St. Louis: Mosby Company, 1991.
- COLLIÈRE, Marie Françoise - **Promover a vida.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COLMAN, Libby Lee; COLMAN, Arthur D. – **Gravidez: A experiência psicológica.** Lisboa: Edições Colibri, 1994.
- COUTINHO, Emília. C. – Uma perspectiva cultural de cuidar no parto. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade do Porto, 2000.

- GERMAIN, Carol P.; Ethnography: the method In MUNHALL; P.L.; BOYD, C.O. – **Nursing Research. A qualitative perspective**. 2<sup>a</sup> ed. New York: National League for Nursing, 1993.
- GIGER, J. N.; DAVIDHIZAR, R.E. – **Soins Infirmiers Interculturels. Recueil de Données et Actions de Soins**. Paris: Editions Lamarre, 1991.
- GIGER, J. N.; DAVIDHIZAR, R.E. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 13 N<sup>o</sup>. 3, July 2002 185-188
- GRAÇA, Luis Mendes- *Medicina Materno Fetal*1. 3<sup>a</sup>ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, 2005
- KÉROUAC, Suzanne [et al] - **La pensée infirmière: conceptions et stratégies**. Maloigne: Éditions études vivantes, 1994.
- KRACHT, Hélène V. – L’infirmière et la relation de soins. *Soins*. N<sup>o</sup> 565 (Octobre 1992), p47-51
- LEDERMAN, R; WEIS, K. **Psychosocial Adaptation to Pregnancy Seven Dimensions of Maternal Role Development**. 3<sup>a</sup>ed. New York: Springer, 2009.
- LEININGER, Madeleine – **Culture Care diversity and Universality: a theory of Nursing. The theory of culture care diversity and universality**. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- LEININGER, Madeleine – Ethnography and Ethnonursing: Models and Modes of Qualitative Data Analysis. In LEININGER, Madeleine -**Qualitative Research Methods in Nursing**. London: Grune e Stratton, 1985.
- LEININGER, Madeleine – Transcultural Nursing Research to transform Nursing Education and Praticte: 40 years. *Image Journal of Nursing\_Scholarships*, Sigma theta tau International. Vol 29, N<sup>o</sup> 4 (1997), p 341-347.
- LEININGER, Madeleine –. Forward in OMERI and MACFARLAND. Advances in CONTEMPORARY Transcultural nursing, 2<sup>a</sup>ed, Transcultural nursing: Pathways of cultural awareness. *Contemporary Nurse*, Vol 28, N<sup>o</sup> 1-2, (April 2008) iii-v.  
<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=gmail&attid=0.2&thid=128b61dd4e8d3bdf&mt=application/pdf&url=https://mail.google.com/mail/?ui%3D2%26ik%3Df695666aa5%26view%3Datt%26th%3D128b61dd4e8d3bdf%26attid%3D0.2%26disp%3Dattd%26zw&sig=AHIEtbSV2Sj4b6qXA6YjO2NzGnT8xhcA-w&pli=1>
- LEININGER, Madeleine –. Theoretical questions and concerns: Response from the theory of culture and care diversity and universality perspective. *Nursing Science Quarterly*, Vol 20, N<sup>o</sup> 1, (2007) 9-13.
- LEININGER, Madeleine. The Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 13 N<sup>o</sup>. 3, (July 2002) 189-192

- LEININGER, Madeleine. **Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practices.** 2ªed. New York: McGraw-Hill, Inc. College Custom Series, 1995.
- LOUX, Françoise – **Traditions et Soins d’aujourd’hui. Antropologie du corps et professions de santé.** 2ª ed. Paris: InterEditions, 1990.
- LOWDERMILK, Dietra L; PERRY, Shannon E.– **Enfermagem na Maternidade.** 7ªed, Loures: Lusodidata, 2008
- PARREIRA, Maria Vitória B. C. – A investigação etnográfica e etnoenfermagem como opção metodológica. *Revista de Investigação em Enfermagem.* Coimbra, N.º 2 (Agosto 2000), p.39-48
- PARREIRA, Maria Vitória B. C. – Cultura profissional e significados das práticas. Concurso para provas públicas a Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: ESEP, 2004.
- PARREIRA, Maria Vitória B. C. – Da natureza à cultura: o parto e a sua complexidade sócio-cultural. *Revista APEO*, nº 8 (Fevereiro 2008)
- PARREIRA, Maria Vitória B. C. – **Práticas cuidativas em saúde materna – significados para as enfermeiras e utentes.** Lisboa: UCP, 1995.
- PURNELL, Larry D. – The Purnell Model for Cultural Competence. *The Journal of Multicultural Nursing and health.* Vol 11, Nº 2, (2005), p.7-15.
- PURNELL, Larry D.; PAULANKA, Betty J. – Cuidados de Saúde Transculturais. Uma Abordagem Culturalmente Competente.. Loures: Lusodidacta, 2010
- SPRADLEY, James P. – **Participant Observation.** New York: Holt Rinehart and Winston, 1980.
- SPRADLEY, James P. – **The ethnographic interview.** New York: Holt Rinehart and Winston, 1979.
- TERESO, Alexandra – **Coagir ou emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes.** Coimbra: Formasau, 2005
- VALERIANO, Jesus – Um ensaio sobre a relação de ajuda. *Enfermagem.* Ed. APE e AESOP. Nº 2, Série II (Abril/Jun 1996), p. 7-12.
- WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem.** Loures: Lusociência, 2002.



## **ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**



## (Des)Vinculação nos sem abrigo

Paula Carrinho e Anabela Sousa Pereira<sup>1</sup>

**Resumo:** Pretendemos com o presente artigo apresentar o primeiro estudo realizado em Portugal ao nível da tradução, adaptação e validação do Attachment Style Questionnaire (ASQ) junto da população portuguesa, encontrando os padrões de vinculação da população sem abrigo a residir em centros de acolhimento e comunidades de inserção.

**Palavras-chave:** Vinculação, Sem abrigo.

### Introdução

A escassez de literatura sobre a problemática dos sem abrigo, sugere a necessidade de aprofundar e compreender esta temática no seu âmago, de forma a torná-la incontornavelmente prioritária aos olhos dos detentores do poder. No ano europeu de combate à exclusão social, altura em que o desemprego, a pobreza e a crise de valores fazem parte do quotidiano de todos nós, a tolerância à miséria assume estados de indiferença chocantes. Usualmente a literatura sobre sem abrigo é descritiva. Simbólico o facto da “patologia do vínculo” ser escrita de forma tão defensiva, como se nos referíssemos a uma temática meramente estatística. Será, quiçá, este um movimento de apreensão gerado pela dificuldade que antevemos no estabelecimento de vínculos com quem destes tão arduamente se defende.

Se reflectir sobre a problemática dos sem abrigo se constitui como algo delicado, não será menor o desafio de compreender as especificidades dos padrões de vinculação desta população.

A vinculação é um factor da maior importância para se compreender a adaptação do indivíduo ao seu meio social. A vinculação desenvolvida durante a primeira infância influencia a personalidade do indivíduo a longo prazo, mais precisamente a sua confiança em si mesmo e nos outros e conseqüentemente a profundidade das suas relações sociais. De

---

<sup>1</sup> Universidade de Aveiro; [paulacarrinho@gmail.com](mailto:paulacarrinho@gmail.com).

facto, parece existir uma continuidade do modelo de vinculação desde a infância até à idade adulta (Rothbard & Shaver, 1994; Stein, Jacobs, Ferguson; Allen & Fonagy, 1998). Bowlby (1969), tinha já sugerido que as relações de vinculação podem transformar-se ao longo da vida adulta em função de novas experiências emocionais como também por via da reinterpretação das experiências passadas e presentes. Reiteramos a ideia de que, as alterações ao longo do ciclo de vida podem ser influenciadas por rejeições, separações e perdas, mesmo experiências positivas bem como a própria adesão terapêutica (Van IJzendoorn, 1995). As relações significantes podem ser factores de risco ou de protecção consoante promovem o bem-estar global do indivíduo, ou pelo contrário, gerem condições adversas que impliquem sofrimento (Machado, 2004). Destacamos, no entanto, que a análise dos estudos revelou que intervir ao nível dos padrões de vinculação é uma tarefa difícil e que as intervenções apenas provocam mudanças relativamente moderadas (Bakermans-Kranenburg et al., 2003).

Com o propósito de estudar em indivíduos adultos os modelos operacionais internos ligados à vinculação (internal working models), George, Kaplan & Main (1985) desenvolveram a Adult Attachment Interview (AAI). O AAI é um questionário semi estruturado que permite classificar os indivíduos adultos a partir das suas representações das relações vividas com os seus pais durante a infância bem como através da coerência dos seus discursos (Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 1993).

Parece-nos de facto importante conhecer a prevalência dos tipos de vinculação nas diferentes fases da vida dos indivíduos da população em geral e não apenas os tipos de vinculação dos pais. Um tal conhecimento descritivo constitui a primeira etapa para se compreender, entre outras coisas, o desenvolvimento socio-afectivo e as diversas dimensões da vida social, tais como a evolução das percepções de si mesmo e do outro ao longo da vida, o desenvolvimento da capacidade para a intimidade, a evolução das relações de amizade, das relações amorosas, das relações de trabalho e mais especificamente, das relações entre pais e filhos. Permitirá ainda perceber se existe a possibilidade da intervenção técnica poder reparar padrões de vinculação inseguros, alterando assim a forma como os sujeitos interagem do ponto de vista afectivo e emocional.

Dentro do quadro do presente estudo, interessámo-nos pelo Attachment Style Questionnaire (ASQ), desenvolvido por Feeney, Noller & Hanrahan (1994) uma vez que é um

instrumento de fácil utilização e que avalia as dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta.

Para desenvolver o ASQ, Feeney e colaboradores inspiraram-se no trabalho de Hazan e Shaver (1987) e no modelo de Bartholomew & Horowitz (1991), que fazem, eles próprios, referência à noção de modelo interno de si e do outro de Bowlby (1973). Este questionário do tipo Likert oferece ainda a vantagem de ser composto por itens que não estão especificamente relacionados com um tipo preciso de relação social, como as relações amorosas ou de amizade. Esta característica, tal como frisam os próprios autores, oferece a possibilidade de explorar a vinculação indivíduos que conheceram poucas experiências amorosas. Feeney e colaboradores (1994) validaram originalmente o ASQ junto de estudantes universitários da Austrália e mais recentemente, Soucy, Bernier Larose e Duchesne (1996) validaram-no no Quebecue junto de um grupo de estudantes francófonos do secundário e pré-universitários. Sem esquecer que este questionário visa antes do mais avaliar o tipo de vinculação dos adultos e adolescentes de ambos os sexos, pareceu-nos importante que fosse validado junto de um grupo o mais representativo possível da população adulta de forma a poder ser utilizado segundo uma linha condutora que permitisse determinar a prevalência dos estilos de vinculação.

O presente trabalho refere-se ao primeiro estudo realizado em Portugal ao nível da tradução, adaptação e validação do ASQ junto da população portuguesa, encontrando os padrões de vinculação da população sem abrigo a residir em centros de acolhimento e comunidades de inserção.

## **Método**

### ***Participantes***

Foram seleccionados 200 indivíduos (100 sem abrigo e 100 seleccionados de população em geral) garantindo a homogeneidade nas variáveis sexo e idade. A média de idade da população sem abrigo é de 39 anos ( $dp= 8,54$ ), sendo o mais novo de 19 anos e o mais velho de 61, e média de idade da população em geral é de 38 anos ( $dp=7,65$ ), sendo o mais novo de 19 e o mais velho de 61.

A média de idades da amostra total ( $n= 200$ ) é de 38 anos ( $dp=8,12$ ) sendo que a maioria dos sujeitos desta investigação pertence ao sexo masculino (78,5%).

No grupo dos sem abrigo maioria dos sujeitos pertence ao género masculino (80%) e os restantes 20% ao género feminino.

O grupo dos sem abrigo foi recolhido em duas instituições de acolhimento, (Comunidade de Inserção Novo Olhar e Farol) sendo importante destacar que todos estão nesta fase em situação de apoio residencial, com satisfação das necessidades básicas garantidas, acompanhamento social e psicológico, bem como com projectos de inserção em curso.

### ***Instrumentos***

O Questionário de Estilos de Vinculação nos Sem Abrigo (QEVSA) constitui a tradução e adaptação para a versão portuguesa do ASQ do original de Feeney, Noller & Hanrahan (1994). É composto por 40 itens concebido para avaliar a vinculação adulta. Feeney e colaboradores (1994), criaram um questionário inicial de 65 itens e, através de análises estruturais, reduziram este número para 40 itens. Aos participantes era pedido que avaliassem, (numa escala de tipo Likert de 6 pontos, desde 1-discordo totalmente ao 6-concordo totalmente) em que medida cada um dos itens descrevia os seus sentimentos e comportamentos em relações “próximas”. Os 40 itens organizam-se em cinco dimensões: (1) confiança (em si próprio e nos outros); (2) desconforto com a proximidade; (3) necessidade de aprovação/reforço dos outros; (4) preocupação com as relações; e (5) considerar as relações como secundárias (relativamente a atingir objectivos noutros domínios, tais como escola ou carreira profissional).

O desconforto com a proximidade ou a percepção da relação como algo secundário estão, de forma clara, conceptualmente ligadas à vinculação evitante. No estudo de Brennan e colaboradores (1998), a correlação destas duas escalas com o factor evitante eram de .90 e .61 respectivamente. A preocupação com as relações e necessidade de aprovação/reforço por parte dos outros estão conceptualmente relacionadas à vinculação ansiosa e obtiveram os valores de .86 e de .62 respectivamente. A escala de falta de confiança (combinando o julgamento dos outros em relação a si, mas enfatizando a falta de confiança nos outros) obteve resultados largamente relacionados com a vinculação evitante .70.

Waal & Rönnlund (2007) defendem que altos valores na sub escala confiança se relacionam de forma significativa com a vinculação segura.

Numa amostra extensa de estudantes pré-universitários Feeney e colaboradores (1994), encontraram coeficientes alfa de Cronbach para as cinco escalas com valores desde

os .76 aos .84 e coeficientes de estabilidade entre  $r=67$  e  $r=78$  para um período de 10 semanas.

Vários investigadores utilizaram o ASQ para avaliar o estilo de vinculação em adultos e adolescentes e deste modo contribuíram para atestar a sua solidez e validade. Um estudo efectuado por Fossati e colaboradores (2003) reforçou a estrutura de cinco factores da versão italiana do ASQ tanto em amostras clínicas quanto em amostras não clínicas, ao mesmo tempo que concluiu que as cinco escalas confluíam em dois grandes factores: vinculação ansiosa e evitante. O ASQ pode revelar-se particularmente útil em estudos nos quais facetas específicas de ansiedade e de evitamento sejam relevantes.

### ***Procedimentos***

A selecção dos indivíduos adultos da amostra foi feita de forma aleatória, tendo sido seleccionada duas instituições disponíveis. Os dados foram recolhidos junto dos participantes durante o ano de 2009.

Foi pedido a colaboração voluntária; explicação sobre a natureza do estudo e do tipo de tratamento de dados; garantia da estrita confidencialidade das respostas.

Relativamente aos procedimentos no instrumento a utilizar, após a concessão da autorização pelas autoras do questionário, procedemos à sua tradução e adaptação de acordo com a seguinte metodologia: tradução do questionário para o idioma português; retroversão para a língua inglesa por um tradutor independente; comparação das duas versões do questionário, discussão e correcção das diferenças existentes entre elas.

Para garantir a compreensão, facilidade de preenchimento e pertinência das questões, da versão final de consenso, realizou-se um estudo piloto a dez sem abrigo não pertencentes à amostra do estudo. Foi-lhes solicitado que indicassem dificuldades e sugerissem alterações. Após as modificações propostas, foi obtida uma versão final em português, posteriormente submetida a uma retroversão para o inglês. O resultado desta foi depois comparado com o original. Repetiu-se este procedimento até se alcançar formas concordantes e satisfatórias.

### **Resultados**

A normalidade da amostra foi testada através da prova do teste Shapiro-Wilk, usado para verificar a proximidade da distribuição das variáveis com a curva normal.

## Quadro n.º1

### Médias e desvios-padrão do grupo dos sem abrigo e grupo de referência, no QVESA

Total n=200	Grupo sem abrigo			Grupo de referência		
Sub escalas	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Preocupação com os relacionamentos	100	4.16	0.86	100	3.65	0.74
Confiança	100	3.79	1.08	100	4.24	0.53
Desconforto com proximidade	100	3.71	0.66	100	3.22	0.54
Relacionamento como factor secundário	100	3.20	1.02	100	2.27	0.75
Necessidade de reforço	100	3.78	0.89	100	3.15	0.81
Vinculação Evitante	100	3.64	0.54	100	3.25	0.44
Vinculação Ansiosa	100	3.89	0.76	100	3.48	0.60

Como podemos verificar no quadro 1 o grupo dos sem abrigo apresenta médias superiores em todas as sub escalas excepto na confiança (M=3.79, DP=1.08).

Utilizando o teste *t-student* constatamos que o grupo dos sem abrigo apresenta médias significativamente superiores no *desconforto relativamente à proximidade* ( $t=5.77$ ;  $p<.001$ ); no *relacionamento enquanto factor secundário* ( $t=7.28$ ;  $p<.001$ ); na *necessidade de reforço/aprovação* ( $t= 5.18$   $p<.001$ ) e na *preocupação com os relacionamentos* ( $t= 4.47$ ;  $p<.001$ ), *vinculação evitante* ( $t =5.61$ ;  $p<.001$ ) e *vinculação ansiosa* ( $t=4.14$ ;  $p<.001$ ). O grupo dos sem abrigo apresenta médias significativamente mais baixas de confiança ( $t=3,72$ ;  $p<.001$ ).

Esta escala revelou níveis adequados de consistência interna, obtido com o alfa de Cronbach de 0,80.

### Discussão dos resultados

O QVESA, tal como anteriormente exposto, é um questionário de auto resposta, composto por quarenta perguntas, que através de um processo de cotação se converte em cinco factores referentes às dimensões sociais gerais ligadas à vinculação adulta e dois factores referentes à vinculação evitante e ansiosa. Na presente investigação é feita uma análise destes sete factores. Passamos de seguida a apresentar o entendimento que os autores da escala atribuem aos itens: *vinculação ansiosa e evitante*.



De acordo com os itens que constituem o factor evitante das relações sociais, uma pontuação elevada nesta escala corresponde a indivíduos que se sentem pouco à vontade na presença dos outros. Dizem não ter confiança nos outros e revelam estar decepcionadas com as suas relações interpessoais. Não conseguem perceber porque as outras pessoas haviam de gostar delas ou desejar estabelecer relações. Assim sendo, têm tendência a não investir nas suas relações sociais, a não se abrir com os outros, em suma, a evitar toda a potencial intimidade. Dizem ser independentes dos outros, exprimindo sempre sentimentos de rejeição e de isolamento.

De acordo com os itens que constituem o factor Preocupação em ser amado, uma pontuação elevada nesta escala corresponde a indivíduos que sentem que não têm grande valor e que não merecem o amor dos outros. Desejariam estar mais próximos dos outros e inquietam-se por lhes serem indiferentes e por não serem amados. Atribuem, assim sendo, muita importância ao que os outros pensam e preocupam-se em fazer as coisas de forma a serem amadas e a agradar.

Por fim, os indivíduos Ambivalentes são aqueles que manifestam traços das duas tendências. São de certa forma desorganizados e oscilam entre os dois modos de adaptação. Embora Ainsworth, Blehar, Waters & Wall (1978) utilizem o termo para se referirem às crianças resilientes (tipo C), iremos utilizá-lo aqui e com risco de gerar alguma confusão quanto ao facto de descrever o adulto que apresente as duas motivações contrárias, as saber, o evitamento das relações sociais e a busca compulsiva do amor dos outros.

Num estudo desenvolvido Sroufe e colaboradores (2005) as dimensões sociais gerais: *preocupação com as relações* e *necessidade de aprovação/reforço*, estão conceptualmente relacionadas à *vinculação ansiosa*, e obtiveram valores de .86 e de .62 respectivamente. Os autores concluíram que, a vinculação ansiosa está sobretudo associada a quadros de depressão e ansiedade; a vinculação evitante mostrou-se relacionada com problemas comportamentais e de conduta.

Segundo os dados recolhidos na bibliografia consultada as dimensões sociais gerais: *desconforto com a proximidade* e a *percepção da relação como algo secundário* estão, de forma clara, conceptualmente ligadas à *vinculação evitante*. No estudo de Brennan e colaboradores (1998), a correlação destas duas escalas com o factor evitante foram de .90 e .61 respectivamente. Resultados baixos na sub escala da *confiança* (combinando o

juízo dos outros em relação a si, mas enfatizando a falta de confiança nos outros) também obtiveram resultados largamente relacionados com a vinculação evitante, .70.

Tendo em conta os resultados obtidos podemos verificar que o grupo dos sem abrigo apresenta valores mais elevados em todas as dimensões à excepção da sub escala confiança. Assim, embora tenham nesta fase da sua vida apoio técnico, situação residencial e condições de sobrevivência asseguradas, os sem abrigo demonstram índices de vinculação evitante e ansiosa mais elevados, maior preocupação com as relações, maior desconforto com a proximidade, maior necessidade de reforço/aprovação e maior percepção das relações como algo secundário.

Apresentam ainda menores níveis de confiança o que se pode correlacionar com a ausência de padrões de vinculação seguros.

Os dados encontrados neste estudo são consonantes com o estudo de Bento & Barreto (2002), que analisaram o padrão de vinculação de 18 sem abrigo, constatando que nenhum apresentou um padrão de vinculação seguro, não tendo por isso construído um grau de confiança básica nos outros e em si próprios, que advém do estabelecimento de uma boa relação precoce. Os sem abrigo não se revelam apenas ao nível do evitamento em relação aos outros mas também com elevadas preocupações em relação a expectativa de serem rejeitados (Bento & Barreto, 2002).

Assim, quer na bibliografia recolhida, quer no presente estudo, os dados sugerem que esta população pode oscilar entre estes dois modos de adaptação (evitante e ansioso), manifestando, muitas vezes, um comportamento afectivo ambivalente.

## **Conclusões**

Pretendemos, através da análise das dimensões sociais gerais ligadas a vinculação adulta, contribuir para a compreensão da possível relação existente entre a problemática dos sem abrigo e teoria da vinculação. Para além de viver fora da protecção de quatro paredes a população sem abrigo parece sobreviver fora da protecção das relações afectivas. A “doença dos laços” ou a “patologia do vínculo”, mais do que terminologias utilizadas por diversos autores na abordagem desta problemática, são amplos conceitos que põem em evidência o impacto da esfera afectiva e das dinâmicas relacionais estabelecidas ao longo do ciclo de vida, nos processos de exclusão social.

Relativamente ao instrumento utilizado neste estudo, podemos afirmar que o QVESA fornece uma avaliação da sociabilidade do indivíduo (isto é, a sua capacidade de interagir

positivamente com os outros), mais precisamente a capacidade de estabelecer e manter com os outros contactos sociais íntimos e satisfatórios. Tendo em conta os objectivos do estudo, este instrumento demonstrou-se adequado, revelando ser facilmente compreendido.

Os resultados obtidos sugerem que a população sem abrigo parece corresponder a indivíduos que se sentem pouco à vontade na presença dos outros. Afirmam uma falta de confiança generalizada e revelam-se insatisfeitos com as suas relações interpessoais. Dificilmente percebem porque as pessoas não gostam deles ou desejam estabelecer relações. Têm tendência a não investir nas relações sociais, a não criar laços de proximidade, em suma, a evitar qualquer situação que pressuponha níveis altos de compromisso e intimidade. Reiteram a sua independência, exprimindo frequentemente sentimentos de rejeição e de isolamento. Por outro lado, apresentam grande preocupação com os relacionamentos, sentem que os outros não lhes reconhecem o devido valor e, por tanto, não os estimam o suficiente. Desejariam estar mais próximos dos outros, inquietam-se quando lhes são indiferentes e sentem que não são amados.

Abordar temas como a vinculação na população sem abrigo é uma tarefa complexa, quer pela amplitude que a exclusão social comporta nesta população, quer pela própria exclusão poder funcionar como forma de defesa de uma relação de proximidade. Torna-se evidente que a condição de sem abrigo é precedida de um longo processo de desenraizamento familiar e social, com rupturas sucessivas.

Adquirem, assim, algum sentido os movimentos de auto-exclusão que perpetuam o viver na fronteira entre o “dentro e o fora”, no qual o “fora” se torna demasiado perigoso por todo o isolamento e abandono que implica, e o “dentro” demasiado ameaçador pelo nível de compromisso que exige e do qual estes indivíduos tão arduamente se defendem.

Podemos afirmar que trabalhar nesta área obriga ao desenvolvimento de uma capacidade inter-relacional tolerante, persistente e sem dúvida estimula-nos a viver com uma consciência social mais aguda. Quem não tem casa lembra-nos, a todos, do valor de tudo o que as quatro paredes comportam, quem elas abrigam e o quanto esta moldura nos define.

## Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a todos os participantes no estudo, bem como à disponibilidade e colaboração das instituições Comunidade de Inserção Novo Olhar- Figueira da Foz e Farol- Coimbra.

## Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, Z., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg, M.J. & van IJzendoorn, M.H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29(5), 870-879.
- Bartolomew, K. & Horowitz L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bento, A.; Barreto, E. (2002). *Sem-Amor, Sem-Abrigo*. Climepsi Editores.
- Bowlby, J. (1969). *Apego* (23 Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Collins N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Emmanuelli, X. (1998), *L'homme n'est pas la mesure de l'home*. Paris : Presses de la Renaissance
- Feeney, A. Nooler, P. (1996). *Adult attachment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Feeney, J. A., Noller,P, & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assessment, and treatment* (pp. 128-152). New York: Guilford Press.
- Fossati, A., Donati, D., Donini M., Novella L., Bagnato M., Acquarini E., Maffei, C. (2003). On the Dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian Clinical and Nonclinical Participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 20, No. 1, 55-79.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984-1988). *Adult Attachment Interview Protocol*. Manuscrito não publicado, University of California at Berkeley.

- Hazan C., & Shaver, P. R. (1990). Love and Work: an attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270- 280.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Machado, T. S. (2004). Vinculação e comportamentos anti-sociais. In A. C. Fonseca (Ed). *Comportamento anti-social e crime. Da infância à idade adulta.* (pp. 291 321). Coimbra: Almedina
- Rothbard, J.C. & Shaver, P.R. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M.B. Sperting, & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults*, (pp. 128-152). New York: The Guilford Press.
- Simpson, J.A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.
- Soucy, N., Bernier, A., Larose, S., & Duchesne, S. (1996). *Validation transculturelle du ASQ.* Affiche presentee au XIX congres de la SQRP, Trois-Rivieres, Quebec, Octobre 1996.
- Sperting, M. B., & Berman, W.H. (Eds.). (1994). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives.* New York: Guildford Press.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E. & Collings, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood.* New York: Guilford Press.
- Stein, H., Jacobs, N.J., Ferguson, K.S., Allen, J.G. & Fonagy, P. (1998). What do adult attachment scales measure? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(1), 33-82.
- Van Ijzendoorn, M. (1995). Of the way we are: On temperament, attachment, and the transmission gap: A rejoinder to Fox (1995). *Psychological Bulletin*, Vol. 117, N° 3, 411-415.
- Wall, P. & Rönnlund, M. (2007). *Adult attachment and psychopathological symptoms as assessed by the Attachment Style Questionnaire and Symptom Checklist -90 a correlational study.* Umea University.



## Prevalência de depressão em adolescentes do distrito de viseu

Odete Amaral<sup>1</sup>, Carlos Pereira<sup>1</sup>, Nélcio Veiga<sup>2</sup>

**Introdução:** A depressão em adolescentes é uma perturbação frequente e está associada a factores sócio-demográficos e estilos de vida, podendo provocar incapacidade no desempenho individual, familiar, escolar e social. O objectivo deste estudo foi determinar a prevalência de depressão em adolescentes do distrito de Viseu e identificar factores de risco para a depressão.

**Participantes e métodos:** Realizámos um estudo transversal, onde avaliámos os alunos do 7º-12º ano com idades compreendidas entre os 12-18 anos, de 26 escolas públicas do terceiro ciclo e secundário do distrito de Viseu. Os dados foram recolhidos através de um questionário auto-aplicado. Excluimos os questionários sem informação para o sexo e para a idade. A amostra final ficou constituída por 7434 adolescentes (54,7% do sexo feminino). A sintomatologia depressiva foi avaliada com recurso ao Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) – versão para adolescentes e considerámos o *cut-off point* 13. O excesso de peso e obesidade foram avaliados utilizando o índice de massa corporal (IMC) calculado pela razão entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura, em metros, auto-declarados (Kg/m<sup>2</sup>), de acordo com tabelas de Cole et al. As prevalências foram expressas em percentagens com os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

**Resultados:** A prevalência de depressão foi de 20,6%. A sintomatologia depressiva está associada com o sexo (feminino 25,9%, masculino 14,2%,  $p<0,01$ ), idade ( $\leq 14$  anos 17,6%,  $>14$  anos 22,9%,  $p<0,01$ ), área de residência (rural 21,7%, urbano 18,4%,  $p<0,01$ ), absentismo escolar (25,6%, 17,7%,  $p<0,01$ ), tabagismo (26,4%, 15,6%,  $p<0,01$ ), consumo de café (24,9%, 17,4%,  $p<0,01$ ), consumo de álcool (24,6%, 17,5%,  $p<0,01$ ), prática de desporto (18,7%, 22,8%,  $p<0,01$ ) e com o excesso de peso/obesidade (IMC $\geq 25,0$ Kg/m<sup>2</sup> 24,7%, IMC $<25,0$ Kg/m<sup>2</sup> 19,5%,  $p<0,01$ ).

**Conclusão:** A depressão em adolescentes é uma condição frequente, associada a variáveis sócio-demográficas e aos estilos de vida.

**Palavras-chave:** Depressão, adolescentes, prevalência.

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu.

<sup>2</sup> Universidade Católica Portuguesa, Viseu.

## **Introdução:**

A depressão na adolescência é uma perturbação frequente, podendo provocar incapacidades no desempenho individual, familiar, escolar e social, tornando-se a sua avaliação crucial. Apesar dos critérios disponíveis para o diagnóstico e classificação da depressão, baseados no tipo, no número, na frequência e na duração dos sintomas, um dos problemas subjacentes ao seu estudo, prende-se com a dificuldade de identificação e caracterização, aquando da realização de estudos na comunidade. Depressão pode significar uma síndrome traduzida por diversos sintomas somáticos, alterações de humor, alterações cognitivas, ou ainda uma doença caracterizada por importantes alterações afectivas, com grande variabilidade interpessoal<sup>1</sup>.

A adolescência é uma etapa da vida acompanhada por muitas mudanças a nível físico, emocional, psicológico e social. Contudo, actualmente é aceite que os sintomas depressivos nesta fase do ciclo de vida não são apenas aspectos transitórios do normal desenvolvimento do adolescente. Os sintomas depressivos na adolescência são correlacionados com baixos níveis de auto-estima e de aptidão social, uma maior propensão para a delinquência e consumo de drogas e de álcool e suicídio. Os adolescentes com depressão possuem uma elevada probabilidade de apresentar um estado depressivo na vida adulta<sup>2-4</sup>. Um estudo realizado nos EUA demonstrou que antes da adolescência são pequenas as diferenças entre a prevalência de depressão nos rapazes e nas raparigas e aos treze anos registam-se valores mais altos de sintomatologia depressiva no sexo feminino e aos quinze anos a probabilidade de uma rapariga experimentar um episódio depressivo é duas vezes superior relativamente aos rapazes e, estas diferenças, tendem a persistir na idade adulta<sup>5</sup>. Um estudo longitudinal realizado nos EUA entre 1989 e 1993 com uma amostra de 1 176 adolescentes, mostrou que a prevalência de sintomas depressivos em adolescentes com idades compreendidas entre doze e dezoito anos era de 38,5%, superior nas raparigas (44,5% vs. 28,2%)<sup>6</sup>. Outro estudo epidemiológico realizado nos EUA (*National Comorbidity Survey*) estimou na população geral uma prevalência de depressão ao longo da vida de 17,1%<sup>7</sup>. Na Finlândia foram calculadas prevalências de sintomas depressivos de 13% no sexo feminino e de 9% no sexo masculino<sup>8</sup>.

Dadas as potenciais consequências da depressão na fase da adolescência revela-se importante o seu estudo nesta faixa etária. Estudos epidemiológicos de prevalência da sintomatologia depressiva em adolescentes e identificação dos determinantes da



sintomatologia depressiva são essenciais para que possam ser planeados cuidados de saúde aos três níveis de prevenção nesta área, pois para além de fornecerem dados importantes em relação à proporção de adolescentes que experimentam sintomatologia depressiva durante esta fase do ciclo de vida reflectem o “estado actual” da saúde mental dos jovens.

Assim, este estudo teve como objectivo quantificar a prevalência de depressão em adolescentes do distrito de Viseu.

### **Participantes e métodos**

Realizámos um estudo transversal, descritivo e correlacional.

#### **Amostra**

O espaço amostral era constituído por quarenta e oito escolas públicas do terceiro ciclo e secundário do distrito de Viseu, frequentadas por alunos do sétimo ao décimo segundo ano. Do total de escolas públicas do terceiro ciclo e secundário do distrito de Viseu constituído por 24 concelhos, avaliámos vinte e seis, ou seja, uma escola por cada concelho com excepção do concelho de Viseu e Penalva do Castelo em que foram avaliadas duas escolas. Dos 8768 questionários distribuídos pelas vinte e seis escolas, foram recolhidos 7644 (87,2%). Os questionários foram distribuídos pelas escolas com base no número de alunos fornecido pelo Centro de Área Educativa (CAE) de Viseu. Em dias previamente combinados com os presidentes dos conselhos executivos das respectivas escolas procedemos à entrega dos questionários que foram distribuídos pelos directores de turma que, por sua vez, marcavam o dia e a hora para o seu preenchimento. Foi igualmente combinada uma data para a recolha do questionário e quinze dias depois efectuada nova visita à escola para recolher eventuais questionários dos alunos em falta. A recolha de dados foi efectuada através de um questionário, auto-aplicado e respondido pelos adolescentes em sala de aula. O questionário iniciava-se por uma introdução onde eram explicados os objectivos do estudo e solicitada a colaboração dos adolescentes. Constituído por perguntas fechadas e abertas, dividido em quatro grupos. O grupo “A” constituído por perguntas direccionadas à caracterização sócio-demográfica; o grupo “B” referia-se estilos de vida e o grupo “C” ao Inventário de Depressão de Beck – versão para adolescentes (BDI-II).

Dos 7644 questionários recolhidos, foram excluídos da análise aqueles que não apresentavam informação para o sexo, para a idade e para a idade e o sexo. Foram

analisados os restantes 7563 questionários, dos quais 4117 (54,4%) correspondiam a adolescentes do sexo feminino.

Verificamos que a distribuição por idades nos dois sexos em conjunto apresenta uma proporção de 11,3% com doze anos, 15,1% com treze anos, 17,2% com catorze anos, 19,1% com quinze anos, 16,5% com dezasseis anos, 13,3% com dezassete anos e 7,6% com dezoito anos. A maior proporção de adolescentes do sexo masculino encontra-se a frequentar o sétimo ano de escolaridade, num total de 763 (22,2%). No sexo feminino, a maior proporção das adolescentes encontra-se a frequentar o décimo ano de escolaridade, num total de 807 (19,6%). Em ambos os sexos, a maior proporção dos adolescentes frequenta o sétimo ano de escolaridade, num total de 1 531 (20,3%). Os restantes distribuem-se de modo semelhante pelos restantes anos de escolaridade, com 18,4% a frequentarem o oitavo ano, 18,2% o nono ano, 18,5% o décimo ano, 12,1% o décimo primeiro e 12,6% o décimo segundo ano. A maioria dos pais dos adolescentes de ambos os sexos apresentava uma escolaridade de 5-6 anos (39,4%). Relativamente ao índice de aglomeração, 68,4% dos adolescentes de ambos os sexos enquadra-se no índice inferior a 1,0 (pessoa por assoalhada), 17,3% no índice 1,0 e 14,3% no índice superior a 1,0. Quanto ao local de residência, a maioria dos adolescentes inquiridos (66,1%) vive na aldeia, 25,9% na vila e 8,0% na cidade (tabela 1).

**Tabela 1 – Caracterização da amostra**

	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	3446	45,6	4117	54,4	7563	100,0
<b>Idade (anos)</b>						
12	373	10,8	482	11,7	855	11,3
13	523	15,2	615	14,9	1138	15,1
14	651	18,9	647	15,7	1298	17,2
15	636	18,5	806	19,6	1442	19,1
16	577	16,7	674	16,4	1251	16,5
17	419	12,2	583	14,2	1002	13,3
18	267	7,8	310	7,5	577	7,6
<b>Escolaridade</b>						
7	763	22,2	768	18,7	1531	20,3
8	689	20,0	700	17,0	1389	18,4
9	654	19,0	722	17,5	1376	18,2

10	588	17,1	807	19,6	1395	18,5
11	384	11,2	532	12,9	916	12,1
12	367	10,7	587	14,3	954	12,6
<b>Habilitações literárias dos pais</b>						
0-4	772	22,5	861	21,0	1633	21,7
5-6	1333	38,8	1636	39,9	2969	39,4
7-12	841	24,5	1066	26,0	1907	25,3
>12	248	7,2	230	5,6	478	6,3
S/ informação	240	7,0	313	7,6	553	7,3
<b>Índice de aglomeração</b>						
<1,0	2359	68,5	2810	68,3	5169	68,4
1,0	579	16,8	731	17,8	1310	17,3
>1,0	508	14,7	576	14,0	1084	14,3
<b>Local de residência</b>						
Aldeia	2196	64,4	2759	67,6	4955	66,1
Vila	922	27,0	1015	24,9	1937	25,9
Cidade	294	8,6	306	7,5	600	8,0

A sintomatologia depressiva foi avaliada com recurso ao Inventário de Depressão de Beck (BDI) versão para adolescentes (BDI-II). A escala original foi desenvolvida por Beck<sup>9</sup>, e encontra-se validada para a população portuguesa<sup>10,11,12</sup>. É composto por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, seleccionadas pela observação clínica de diversos doentes deprimidos e abrangem as manifestações presentes nas diferentes intensidades do quadro clínico depressivo. Cada categoria ou agrupamento sintomatológico corresponde a uma manifestação comportamental específica da depressão e é constituída por quatro a sete frases, dispostas por ordem decrescente de intensidade, ou seja, as perturbações dispõem-se no sentido de menor para maior gravidade e após a sua execução é aferido o valor dos resultados, obtendo-se uma classificação final que permite classificar o doente em função do seu grau de severidade. O inquirido responde, escolhendo a frase que melhor define a forma como se sente ou sentiu nas últimas duas semanas. As frases estão ordenadas de modo a reflectir a amplitude e a gravidade do sintoma, de intensidade neutra a máxima, sendo atribuídos valores de zero a três, respectivamente – inexistente (0); leve (1); moderado (2) e grave (3). A soma das pontuações nas diversas categorias fornece o valor total que permite a classificação dos sintomas, podendo, assim variar entre zero e sessenta e três pontos.

Estas categorías foram posteriormente agrupadas em seis dimensões ou componentes depressivos: Componente afectivo – referente ao humor, insatisfação, ódio de si mesmo, períodos de choro, irritabilidade, afastamento social; Componente cognitivo – pessimismo, sentimentos de fracasso e culpabilidade, auto-acusação, distorção da imagem corporal, incapacidade de decisão; Componente motivacional – ideias suicidas, incapacidade de trabalhar; Componente delirante – sentimentos de punição; Componente físico – fadigabilidade, hipocondria; Desvio funcional depressivo – alterações do sono, perda de apetite, perda de peso, diminuição da libido. Considera-se para o BDI-II que as pontuações globais de 0 a 13 representam sintomatologia depressiva “mínima”, as de 14 a 19 “ligeira”, de 20 a 28 “moderada” e mais de 29 representa sintomatologia depressiva “grave” ou “severa”<sup>13</sup>. De acordo com a maioria dos estudos utilizámos como *cut-off point* valores superiores a 13. Num estudo realizado com uma amostra 775 adolescentes portugueses com os objectivos estimar a prevalência de sintomatologia depressiva em adolescentes dos 13 aos 16 anos e aferir as propriedades psicométricas do BDI-II na identificação dos sintomas depressivos em adolescentes sugere o seguinte ponto de corte: valores inferiores ou iguais a 13, sem sintomatologia depressiva; valores superiores a 13, com sintomatologia depressiva, o que coincide com o ponto de corte de 13 referido por Beck, na avaliação das suas amostras com o BDI-II<sup>12</sup>.

### **Análise estatística**

No processamento e análise dos dados foram utilizados os programas *Epi-Info 6.04a* e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 17.0). As variáveis contínuas foram descritas através de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Foram ainda calculadas prevalências, expressas em percentagens com os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

### **Resultados**

A média de pontuações totais no BDI-II foi de 11,7 com um desvio-padrão de 23,1; sendo a média das pontuações superiores no sexo feminino (12,6±19,4 vs. 10,6±26,8). A prevalência de depressão com ponte de corte 13 foi de 20,6%. A prevalência de depressão mínima foi de 73,9%, de depressão ligeira foi de 10,9%, de depressão moderada foi de 8,9% e de depressão grave ou severa; encontrando-se diferenças entre os sexos estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ). A prevalência de depressão mínima foi

superior no sexo masculino (81,0% vs. 67,9%), a prevalência de depressão ligeira foi superior no sexo feminino (13,8%vs.7,4%), a prevalência de depressão moderada foi superior no sexo feminino (10,6%vs.6,7%) e a prevalência de depressão grave ou severa foi superior no sexo feminino (7,6% vs. 4,8%).

A sintomatologia depressiva está associada ao sexo (feminino 25,9%, masculino 14,2%,  $p<0,01$ ), idade ( $\leq 14$  anos 17,6%,  $>14$  anos 22,9%,  $p<0,01$ ), habilitações literárias dos pais ( $\leq 9^{\text{º}}$  ano 20,9%;  $>9^{\text{º}}$  ano 18,5%,  $p<0,01$ ) área de residência (rural 21,7%, urbano 18,4%,  $p<0,01$ ), absentismo escolar (sim 25,6%, não 17,7%,  $p<0,01$ ), tabagismo (sim 26,4%, não 15,6%,  $p<0,01$ ), consumo de café (sim 24,9%, não 17,4%,  $p<0,01$ ), consumo de álcool (sim 24,6%, não 17,5%,  $p<0,01$ ), prática de desporto (sim 18,7%, não 22,8%,  $p<0,01$ ) e com o excesso de peso/obesidade ( $\text{IMC} \geq 25,0 \text{Kg/m}^2$  24,7%,  $\text{IMC} < 25,0 \text{Kg/m}^2$  19,5%,  $p<0,01$ ).

**Tabela 2 – Factores associados à sintomatologia depressiva.**

	Sintomatologia depressiva			
	n	%	IC95%	p
<b>Sexo</b>				
Feminino	1059	25,9	(24,6-27,3)	
Masculino	477	14,2	(13,0-15,4)	<0,01
<b>Idade</b>				
$\leq 14$ anos	566	17,6	(16,3-18,9)	
$>14$ anos	966	22,9	(21,7-24,2)	<0,01
<b>Habilitações literárias dos pais</b>				
$\leq 9^{\text{º}}$ ano	1140	20,9	(19,8-22,0)	
$>9^{\text{º}}$ ano	262	18,5	(16,5-20,6)	0,05
<b>Área de residência</b>				
Rural	1059	21,7	(20,6-22,9)	
Urbano	459	18,4	(17,0-20,0)	<0,01
<b>Absentismo escolar</b>				
Sim	698	25,6	(24,0-27,3)	
Não	828	17,7	(16,6-18,8)	<0,01
<b>Tabagismo</b>				
Sim	892	26,4	(25,0-28,0)	
Não	627	15,6	(14,5-16,7)	<0,01
<b>Consumo de café</b>				

Sim	797	24,9	(23,4-26,4)	
Não	729	17,4	(16,2-18,2)	<0,01
<b>Consumo de álcool</b>				
Sim	798	24,6	(23,2-26,1)	
Não	732	17,5	(16,4-18,7)	<0,01
<b>Prática de desporto</b>				
Sim	763	18,7	(17,5-19,9)	
Não	753	22,8	(21,4-24,2)	<0,01
<b>Excesso de peso/obesidade</b>				
Sim	280	24,7	(18,5-20,6)	
Não	1076	19,5	(22,3-27,3)	<0,01

## Discussão

Encontrámos uma prevalência de sintomatologia depressiva de 20,6%, superior no sexo feminino. Um estudo longitudinal realizado nos EUA entre 1989 e 1993 com uma amostra de 1 176 adolescentes, mostrou que a prevalência de sintomas depressivos em adolescentes com idades compreendidas entre doze e dezoito anos era de 38,5%, superior nas raparigas (44,5% vs. 28,2%)<sup>6</sup>. No Porto um estudo realizado com uma amostra de 340 adolescentes dos 13 aos 16 anos mostrou uma prevalência de depressão foi de 29%, superior no sexo feminino (16%vs.13%). Demonstrou ainda, que a média das pontuações totais no BDI-II foi de 11,4 com um desvio-padrão de 9,5; significativamente superior no sexo feminino, as raparigas obtiveram pontuações médias totais de 13,4 e desvio padrão de 10,9 e os rapazes obtiveram pontuações médias totais de 10,0 com um desvio padrão de 8,0 ( $p < 0,002$ )<sup>13</sup>. Outro estudo realizado com uma amostra de adolescentes dos 12 aos 18 anos mostrou que a pontuação média total de depressão foi de 18,2; superior nas raparigas aproximadamente 5 pontos (20,6 vs. 15,8,  $p < 0,01$ )<sup>14</sup>.

Vários estudos referem que a depressão está relacionada com o sexo, com determinados estilos de vida tais como o consumo de drogas, de bebidas alcoólicas e o sedentarismo; a falta de suporte social, o stress no dia-a-dia escolar, com o estado civil dos pais e com os comportamentos alimentares<sup>15-19</sup>.

## Conclusões

1. No total da amostra, a prevalência de sintomatologia depressiva foi de 20,6%, superior no sexo feminino.

2. A prevalência de depressão mínima foi superior no sexo masculino (81,0% vs. 67,9%), a prevalência de depressão ligeira foi superior no sexo feminino (13,8%vs.7,4%), a prevalência de depressão moderada foi superior no sexo feminino (10,6%vs.6,7%) e a prevalência de depressão grave ou severa foi superior no sexo feminino (7,6% vs. 4,8%).

3. Verificámos uma associação entre a sintomatologia depressiva e o sexo, a idade superior a 14 anos, as habilitações literárias dos pais superior ao 9º ano, a área de residência, o absentismo escolar, o excesso de peso e a obesidade e determinados hábitos de vida tais como, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, o consumo de café e o sedentarismo.

## Referências bibliográficas

1. Ramos F, Sennfelt J, Amaral MJ, valente P. Economia da saúde e da saúde mental - os custos com a depressão. *Revista de Saúde Pública* 1996; 14:53-68.
2. Harrington R, Rutter M, Fombonne E. Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Developmental and Psychopathology* 1996; 8:601-16.
3. DEVINE, D.; KEMPTOM, T.; FOREHAND, R. — Adolescent depressed mood and young adults functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1994; 22: 629-40.
4. Piacentini J, Pataki C. Substance abuse in depressed adolescents. In KOPLEWICZ, H. S., KLASS, E., ed. lit. — *Depression in children and adolescents*. Harwood Academic Publishers, 1993.
5. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear M. Adolescent onset of the gender difference in the lifetime rates of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:21-7.
6. Patten C, Choi W, Vickers K, Pierce J. Persistence of depressive symptoms in adolescents. *Neuropsychopharmacology* 2001; 25:S89-91.
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
8. Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *J Affect Disord* 2003; 77:41-51.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 2:561.

10. Vaz-Serra A, Abreu JLA. Aferição dos quadros clínicos depressivos. Ensaio de aplicação do inventário depressivo de Beck. *Coimbra Médica* 1973; 20:713-736.
11. Martins A, Coelho R. Considerações teóricas sobre a depressão na adolescência. *Psiquiatria Clínica* 2000; 21:23-34.
12. Coelho R, Martins A, Barros H. Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry* 2002; 17:222-226.
13. Oliveira-Brochado F, Oliveira-Brochado A. Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2008; 26:27-36
14. Steer RA, Kumar G, Ranieri WF, Beck AT. Use of the Beck depression inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1998; 20:120-137.
15. [Sund AM](#), [Larsson B](#), [Wichstrøm L](#). Role of physical and sedentary activities in the development of depressive symptoms in early adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010; 1.
16. [Sund AM](#), [Larsson B](#), [Wichstrøm L](#). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. [J Child Psychol Psychiatry](#) 2003; 44:588-97.
17. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res* 2002; 53:935-42.
18. Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:374-83.
19. Nolen-Hoekema S, Girgus J. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin* 1994; 115:424-443.



# Psicopatia e risco de violência sexual: abusadores sexuais de menores

Ana Patrícia dos Santos Baptista Ferreira

## I. Introdução

Apesar de todos reconhecerem, com maior ou menor profundidade, que um potencial abuso sexual pode causar consequências físicas e/ou psicológicas, o modo como lidar eficazmente com vítimas e agressores merece um estudo mais aprofundado.

A pertinência deste estudo prende-se com o estudo da reinserção destes indivíduos na sociedade, mais propriamente com a avaliação do risco que estes representam para a comunidade onde se vão inserir. Actualmente em Portugal este assunto, apesar de, ser muito abordado e um assunto para o qual as pessoas estão alertadas, é um crime que ainda não é suficientemente compreendido quer a nível legal, quer a nível médico, quer mesmo pela sociedade.

Neste contexto foi nosso objectivo conhecer os índices de psicopatia e o risco de violência sexual, assim como, a associação entre as duas premissas.

A definição de abuso sexual não é consensual, contudo, à semelhança do que se encontra descrito em várias referências bibliográficas, geralmente, *“considera-se que o abuso sexual de crianças inclui toda e qualquer circunstância em que a criança é coagida ou levada, enganosamente a praticar actividades sexuais com um adulto”* (Creighton, 2002; Hobb & Wynne, 2004, cit in Wiley, Bottoms, Stevenson, & Oudekerk, 2006, p. 316), sendo importante destacar os abusos que implicam contacto e aqueles que não o implicam, frequentemente designados por *“exposição sexual”* (Strecht, 2006; Guerraicaechevarria & Odriozola, 2006; Berliner & Elliott, 2002 cit in Wiley, Bottoms, Stevenson, & Oudekerk, 2006; Coutinho, 2003).

## **Psicopatia**

Kurt Schneider, em 1923, apresenta o enunciado clássico mais difundido do que se entende por psicopatia. O autor citado por Gonçalves (1999a) explica a personalidade psicopata em termos de um desvio quantitativo frente às características normativas da personalidade, as quais causam impacto e sofrimento nos pares sociais, salientando sempre o papel desempenhado pela predisposição.

Na sequência dessa predisposição e consoante as experiências de vida, moldam-se vários tipos de personalidades psicopáticas.

Actualmente, Robert Hare é seguramente o autor que, mais se tem dedicado à compreensão e explicação da psicopatia (Lykken, 1995). O seu trabalho pode ser visto em duas etapas, uma mais preocupada com o estudo e caracterização da psicofisiologia do psicopata e a segunda com a elaboração da *Hare Psychopathy Checklist (PCL)* (Gonçalves, 1999b). Segundo Hare (1996a), a psicopatia é uma perturbação socialmente arrasadora definida por uma constelação de características afectivas, interpessoais e comportamentais, incluindo egocentrismo; impulsividade; irresponsabilidade; superficialidade afectiva; ausência de empatia; culpa ou remorso; mentir patológico; estilo manipulativo e violação persistente das normas e expectativas sociais.

Apesar de não serem dos indivíduos psicopatas não serem numerosos (talvez 1% da população geral) representam cerca de 15 a 25% da população reclusa e são responsáveis por uma porção desproporcional de crimes sérios, violência e tormento social (Barbosa & Iria, 2008).

Num estudo realizado por Gonçalves (1999b), constituído por uma amostra de 150 reclusos, os resultados apontam para uma relação entre psicopatia e crimes violentos mais fraca do que seria esperado na literatura existente sobre este assunto. De facto, apesar de existir um grupo considerável de psicopatas que cometeram homicídios e crimes sexuais, existe também um largo grupo que cometeu crimes contra a propriedade, condição que pode contribuir para a imprevidência, dado não pertencerem à categoria dos “mais perigosos”. Esta situação, pode indicar que os psicopatas portugueses, geralmente não são «tão violentos» como os seus homónimos noutros países.

Em conformidade com Gonçalves (2001), pode dizer-se que os psicopatas identificados pela versão portuguesa da PCL-R, lograram evidenciar o padrão de versatilidade criminal que caracteriza o seu comportamento anti-social, tendo o furto e os crimes sexuais surgido como os delitos que mais lhes foram associados.

### ***Risco de violência sexual***

A avaliação do risco de violência, desde há muito que se converteu numa questão central na prática forense (Cooke, 2006). Na última década, assistiu-se a rápidas mudanças na prática clínica, onde se considerava que se podia recorrer a instrumentos actuais de avaliação de risco para prever a probabilidade de recidiva violenta no futuro, representando

um dos mais promissores desenvolvimentos na área forense (Monahan, 1997). De uma forma geral, a predição clínica de violência baseia-se na presença de determinados factores de risco (Monahan et al., 2001). Menzies & Webster (1995) concluíram que a violência anterior, o consumo de álcool, a observação de cólera e raiva, a falta de colaboração e a tensão durante as entrevistas foram os pontos chave principais para as avaliações de risco finais. O termo avaliação de risco pode ser proposto com sentido estrito para descrever o processo de identificação de risco de violência futura e aumento da eficácia das predições dessa violência futura.

Para a avaliação do risco de violência sexual é utilizado o *sexual violence risk-20 (SVR-20)*, com a autoria de Boer, Hart, Kropp & Webster (1997).

Albuquerque (2006) avança que os factores que melhor predizem o recidivismo sexual são os seguintes: tendências anti-sociais (psicopatia, delinquência); avaliação do grau das preferências sexuais parafilicas (por exemplo, um indivíduo pedófilo tem mais probabilidade de recidiva do que um «não pedófilo»); terem cometido mais do que uma agressão sexual; uso da violência; idade em que foram libertados da prisão (menor o risco quanto mais velhos) e teste falométrico positivo.

Segundo Coutinho (2003), as perturbações da sexualidade são normalmente crónicas, embora se saiba que podem diminuir com a idade avançada. Albuquerque (2006) explica este fenómeno, dizendo que, com o avançar da idade, em consequência do decréscimo gradual da testosterona, estes apresentam reduções significativas da excitação sexual, com redução das fantasias, comportamentos sexuais, do desejo e portanto, da actividade sexual criminosa.

### ***Distorções cognitivas***

A ampla bibliografia neste campo indica a presença de distorções cognitivas nos actos abusivos cometidos por abusadores sexuais (Albuquerque, 2006; Paulino, 2009).

Estas distorções, são elementos importantes no funcionamento dos agressores sexuais e no modo como estes explicam os abusos que cometem (Coutinho-Pereira & Gonçalves, 2009). Essas percepções erradas servem-lhes de mecanismo de defesa do «eu» e derivam do desejo sexual pela criança que os leva a interpretar defeituosamente, e a seu favor, um qualquer comportamento ou atitude do menor (Albuquerque, 2006).

Segundo o autor, existe um conjunto de distorções cognitivas comuns de encontrar, nesta população, tais como:

- *“Os homens têm direito a abusar sexualmente das suas crianças (na sociedade patriarcal a mulher e os filhos eram propriedade do homem).*
- *Minimização das ofensas cometidas – por exemplo, «as crianças têm prazer no sexo», «andam à procura de sexo com adultos» (prostituição).*
- *As crianças não sofrem qualquer consequência negativa e até beneficiam com o contacto com o adulto (mentor ou protector, como na Grécia Antiga).*
- *As crianças necessitam desse «amor» que os adultos lhes dão.*
- *As crianças são hábeis manipuladoras e sabem tão bem o que querem como os adultos.*
- *As crianças têm capacidade para consentir ou para não querer ter sexo com adultos.*
- *As crianças recebem «boas» recompensas (dinheiro, presentes, prazer, afecto, etc.) em troca de favores sexuais prestados.”*  
*(Albuquerque, 2006, p. 162).*

### ***Psicopatia vs Risco de Violência Sexual***

Relativamente à associação entre a psicopatia e o risco de violência sexual, os abusadores sexuais psicopatas apresentam uma probabilidade três vezes maior de cometerem um crime sexual ou não sexual no ano que se segue à saída da prisão e uma probabilidade quatro vezes superior de cometerem um crime violento do que qualquer outro agressor (Hemphill, 1998 cit in Salter, 2009).

## **II. Método**

### ***Desenho da investigação***

Devido à existência de um suporte teórico relativamente escasso neste domínio a nível nacional, optámos, por um estudo transversal, do tipo exploratório descritivo, sem componente experimental e sem recurso a grupo de controlo. O referido estudo incidirá sobre 60 abusadores sexuais de menores de nacionalidade portuguesa que se encontravam detidos, pelo artigo 171º e antigo artigo 172º do Código Penal Português, nos meses de Janeiro a Março de 2009.

### ***Objectivo geral e objectivos específicos inerentes ao estudo***

Objectivo geral:

Conhecer a associação entre a psicopatia e o risco de violência Sexual nos abusadores sexuais de menores.

Objectivos Específicos:

- Avaliar o risco de violência sexual e o índice de psicopatia (Avaliação Psicométrica) dos abusadores sexuais de menores;
- Avaliar a associação entre o risco de violência sexual e a psicopatia.
- Identificar a presença de distorções cognitivas no discurso dos abusadores sexuais de menores.

### ***Variáveis em estudo***

No presente estudo, as variáveis dependentes são a Psicopatia e o Risco de violência sexual, sendo as variáveis independentes as Características Clínicas.

As variáveis “Psicopatia” e “Risco de Violência Sexual” foram operacionalizadas através de instrumentos de avaliação psicométrica.

### ***Questões de investigação***

**Questão 1** – Qual a percentagem de abusadores sexuais psicopatas?

**Questão 2** – Em quantos psicopatas foi diagnosticada pedofilia?

**Questão 3** - Que nível de risco de violência sexual apresentam os abusadores?

**Questão 4** – Em que medida a idade tem influência no risco de violência sexual?

**Questão 5** – Existe relação entre o índice de Psicopatia e o Risco de Violência Sexual?

**Questão 6** – Existem distorções cognitivas presentes no discurso dos abusadores sexuais?

### ***Procedimento relativo à recolha de dados***

Procurando pautar a nossa actuação em todo o processo de investigação por uma rigorosa conduta ética, foi solicitada a autorização formal para aplicação dos questionários ao Director da Direcção Geral dos Serviços Prisionais. Obtidas as respectivas autorizações por parte do Director, num primeiro momento, foi efectuada uma revisão dos processos presentes no Estabelecimento Prisional para nos inteirmos dos factos ocorridos, no sentido de detectar futuras simulações, omissões e distorções.

Posteriormente, aos reclusos que aceitaram a nossa solicitação, permanecendo como parte integrante da amostra, foi explicado o tema, os objectivos e a colaboração que deles se pretendia.

Num segundo momento iniciou-se a aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

### **III – Material e métodos**

Para tornar possível o presente estudo, foram utilizados uma entrevista semi-estruturada, por nós elaborada e dois instrumentos de avaliação psicométrica. O investigador dirigiu a entrevista e a PCL-R, quanto ao SVR-20 a informação obtida teve por base os dados processuais dos reclusos.

#### ***Entrevista semi-estruturada***

A entrevista baseia-se num questionário por nós concebido, constituído por aproximadamente 120 questões, relativas à anamnese do ofensor, incluindo vários parâmetros vivenciais.

#### ***Psychopathy Checklist Revised (PCL-R)***

A versão revista da Checklist de Psicopatia de Hare (PCL-R; Hare, 1991) é um instrumento destinado a populações forenses, composto por vinte itens que avalia o grau de psicopatia. é uma check list que visa avaliar o nível de psicopatia do indivíduo. Partindo de uma entrevista semi-estruturada cujas questões estão agrupadas em: A – História escolar; B – História profissional, C – Objectivos profissionais, D – Situação financeira, E – Saúde, F – Vida familiar; G – Relacionamentos interpessoais e sexuais; H – Consumo de drogas; I – Comportamento anti-social na infância e adolescência; J – Comportamento anti-social adulto; K – Questões gerais; L – Outras informações. A PCL-R é constituída por 20 itens, e cada item é cotado entre 0, 1 ou 2 valores, conforme a sua ausência, presença parcial ou total, sendo que de 0 a 19 na pontuação total representa um individuo não psicopata; de 20 a 29 valores moderadamente psicopata; e de 30 a 40 psicopata. (Gonçalves, 1999).

A versão utilizada no presente estudo é a “versão portuguesa para investigação” de Gonçalves (1999a). A PCL-R cobre dois níveis: diagnóstico (reconhecer os sujeitos com psicopatia) e prognóstico (avaliar a probabilidade de reincidência).

### *Sexual Violence Risk - 20 (SVR-20)*

Este instrumento auxilia a avaliação do risco de violência sexual. A partir de uma revisão extensiva da literatura acerca dos agressores sexuais, os autores identificaram um conjunto de vinte factores, que se agrupam em três grupos: o primeiro reúne os factores relativos ao ajustamento psicossocial do indivíduo; o segundo factores relativos ao historial de ofensas sexuais do indivíduo; o terceiro é constituído por dois factores de risco que incidem sobre os planos futuros do indivíduo (Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997 cit in Rebocho, 2007). *“O SVR-20 possibilita ainda, a identificação de áreas problemáticas a intervir e posteriormente, permite informar sobre a existência ou não de ganhos terapêuticos”*(Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997. cit. in. Gonçalves & Vieira, 2004, pp. 67).

O SVR-20 não pode ser considerado como um teste ou uma escala, uma vez que não é suficientemente estruturado ou estandardizado, nem possui normas, critérios ou pontos de corte que sirvam de padrões de referência.

Na cotação referente à presença ou ausência dos factores, identifica-se para cada factor a presença ou ausência no indivíduo. Os factores são cotados com: [N] – ausência de factor de risco; [?] – possibilidade de o factor de risco estar presente ou parcialmente presente; [S] – o factor de risco está claramente presente; [O] – não há informação sobre presença ou ausência do factor de risco pelo que neste caso o item deverá ser omissio.

## **IV. Resultados**

O propósito deste capítulo é descrever e explicar o fenómeno em estudo, através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos.

O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta aos diferentes objectivos e questões estabelecidas.

### ***Estudo da psicopatia***

De acordo com a classificação da PCL-R, constata-se que 13.3 % dos abusadores sexuais é psicopata, 66.7% moderadamente psicopata e 20% não psicopata.

O score médio para a psicopatia foi de 23.23 (dp=5.984), sendo o valor mínimo de 8 e o máximo de 31. Os coeficientes de variação indicam uma dispersão média (cv=25.75%). Os valores de simetria (Sk/erro=-2.757) e curtose (K/erro=.658) indiciam uma curva assimétrica

negativa enviesada à direita e mesocúrtica, pelo que consideramos a distribuição não normal (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 – Índice de psicopatia identificada nos abusadores sexuais**

Psicopatia Classificação Psicopatia	n	%	Min.	Máx.	$\bar{x}$	Dp	CV%	SK	Erro SK	K	Erro K
Não Psicopata (< 20)	12	20.0	8	17	13.42	3.232	24.08	-.451	.637	-1.207	1.232
Moderadamente Psicopatas (20-29)	40	66.7	20	29	24.73	2.90	11.73	-.283	.374	-1.207	.733
Psicopatas (>30)	8	13.3	30	31	30.50	.535	1.75	.000	.752	-2.800	1.481
<b>Score Global da PCL-R</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>31</b>	<b>23.23</b>	<b>5.984</b>	<b>25.76</b>	<b>-.852</b>	<b>.309</b>	<b>.004</b>	<b>.608</b>

De seguida foi utilizado o teste U de Mann-Whitney, a fim de testar o efeito da variável psicopatia com as principais variáveis constituintes deste estudo.

- **Psicopatia vs Distorções cognitivas**

O teste U de Mann-Whitney, indica-nos que são os abusadores aos quais são identificadas distorções cognitivas que pontuaram com médias ligeiramente mais elevadas de psicopatia ( $\bar{x}$ =23.65). No entanto, as diferenças não são significativas ( $z=-.785$ ;  $p=.432$  n.s.).

- **Psicopatia vs Pedofilia**

O teste U de Mann-Whitney, indica-nos que são os abusadores que se identificam como pedófilos que pontuaram com médias ligeiramente mais elevadas de psicopatia (média=23.83). No entanto, as diferenças não são significativas ( $z=-.309$ ;  $p=.764$  n.s.).

### ***Estudo do risco de violência sexual***

O risco de violência sexual é baixo em 10.0% dos indivíduos, alto em 61.7% e moderado em 28.3% (cf. Quadro 2).

**Quadro 2 - Risco de violência sexual**

Risco de Violência Sexual	Total (n = 60; 100.0%)	
Risco de violência sexual baixo	6	10.0
Risco de violência sexual moderado	17	28.3
Risco de violência sexual alto	37	61.7

- **Risco de violência sexual vs Distorções cognitivas**



A presença de distorções cognitivas salienta-se no grupo dos 37 indivíduos com risco de violência sexual alto. Em 28 indivíduos (75.7%) foi identificável através do discurso, a presença de distorções cognitivas.

- **Risco de violência sexual vs Pedofilia**

Os 6 (100.0%) abusadores diagnosticados com pedofilia apresentam na sua totalidade risco de violência sexual alto.

- **Risco de violência sexual vs Idade**

Para testar o efeito da variável idade no risco de violência sexual, foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado. Com o intuito de facilitar o tratamento estatístico da variável idade, esta foi agrupada em 4 grupos etários homogêneos.

Assim, verifica-se que são sobretudo, os abusadores sexuais do grupo etário homogêneo dos [57-83] anos com risco de violência sexual moderado (35.3%), que apresentam diferenças significativas, mas percentagem semelhante (32.4%) é encontrada no grupo etário homogêneo dos [40-48] anos para os abusadores que revelaram risco de violência sexual alto. Mais uma vez, esta disposição entre os grupos etários revelou-se semelhante, o que nos permite concluir que não foram encontradas significâncias estatísticas ( $\chi^2=6.776$ , g.l.=6,  $p=.342$ ) (cf. Quadro 3).

**Quadro 3 – Risco de Violência Sexual vs Idade**

Frequência	Risco de violência sexual Baixo		Risco de violência sexual Moderado		Risco de violência sexual Alto		Total		Valores Residuais			$\chi^2$	gl	$\rho$
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3			
<b>Variáveis</b>														
<b>Grupos etários homogêneos</b>	<b>6</b>	<b>10.0</b>	<b>17</b>	<b>28.3</b>	<b>37</b>	<b>61.7</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>			
22 – 39 anos	1	16.7	6	35.3	8	21.6	15	25.0	-0.5	1.8	-1.3	6.776	6	.342 n.s.
40 – 48 anos	2	33.3	1	6.7	12	32.4	15	25.0	.5	-3.3	2.8			
49 – 56 anos	2	33.3	4	23.5	11	29.7	17	28.3	.3	-0.8	.5			
57 – 83 anos	1	16.7	6	35.3	6	16.2	13	21.7	-0.3	2.3	-2.0			

- **Risco de violência sexual vs Psicopatia**

Para testar o efeito da variável psicopatia no risco de violência sexual, foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis. Através deste verificamos que os abusadores que pontuaram com

médias mais elevadas ( $\bar{x}$  = 38.20) na PCL-R, têm alto risco de violência sexual, enquanto os abusadores com baixo risco de violência sexual obtiveram médias da PCL-R mais baixas ( $\bar{x}$  = 9.00). Inferimos assim, que **existe um efeito altamente significativo da psicopatia no risco de violência sexual** (F=21.093, p=.000\*\*\*) (cf. Quadro 4).

**Quadro 4 – Risco de violência sexual vs Psicopatia**

Variável	n	Psicopatia (PCL-R)			
		Dp	OM	F	P
Risco de violência sexual <b>Baixo</b>	6	4.147	9.00	21.083	.000***
Risco de violência sexual <b>Moderado</b>	17	6.162	21.32		
Risco de violência sexual <b>Alto</b>	37	4.078	38.20		

\*\*\*  $\rho < .001$  Estatística altamente significativa

***Identificação de Distorções cognitivas no discurso dos abusadores sexuais de menores***

A detecção de distorções cognitivas no discurso dos abusadores sexuais foi evidente em 61.7% dos casos. Destacando-se a distorção cognitiva da “Minimização das ofensas”, identificada em 56.7% (cf. Quadro 5).

**Quadro 5- Distorções cognitivas identificáveis no discurso dos abusadores sexuais**

Distorções Cognitivas Identificáveis		Total (n=60; 100%)	
Sim		37	61.7
Sem distorções identificáveis no discurso		23	38.3
<b>Tipo de distorções cognitivas</b>			
<b>Os homens têm direito de abusar sexualmente das suas crianças</b>	Identificável	7	11.7
	Não identificável	53	87.3
<b>Minimização das ofensas</b>	Identificável	34	56.7
	Não identificável	26	43.3
<b>As crianças não sofrem qualquer consequência negativa e até beneficiam do contacto com o adulto</b>	Identificável	19	31.7
	Não identificável	41	68.3
<b>As crianças necessitam desse amor que os adultos lhes dão</b>	Identificável	7	11.7
	Não identificável	53	88.3
<b>As crianças são hábeis manipuladoras e sabem tão bem o que querem como os adultos</b>	Identificável	21	35.0
	Não identificável	39	65.0
<b>As crianças têm capacidade para consentir ou não para ter sexo com adultos</b>	Identificável	16	26.7
	Não identificável	44	73.3
<b>As crianças recebem boas recompensas em troca de favores sexuais</b>	Identificável	6	10.0
	Não identificável	54	90.0

## V. Discussão dos resultados

A estratégia metodológica utilizada teve em conta o tipo de estudo efectuado e os objectivos traçados. Estes objectivos levaram-nos a definir uma amostra de abusadores sexuais com características diversificadas que conseguisse traduzir resultados fiáveis.

São de considerar as limitações encontradas no trabalho com reclusos, já que os resultados dependem da honestidade e sinceridade do respondente, sendo habitualmente as respostas mais direccionadas para condutas desejáveis e não tanto às que na realidade ocorrem.

### ***Questão 1 – Qual a percentagem de abusadores sexuais psicopatas?***

De acordo com a classificação da PCL-R, constata-se que 13.3 % abusadores sexuais de menores são psicopatas, 66.7% moderadamente psicopatas e 20% não psicopatas. Dados corroborados no estudo de Forth & Kroner, o qual incidiu na averiguação da presença de psicopatia em delinquentes sexuais reclusos numa prisão federal. Os autores constataram a presença de psicopatia em 26% dos violadores, em 18% no grupo dos violadores e abusadores sexuais de menores e em 5.4% dos abusadores sexuais de menores (Forth e Kroner, 1994 cit in Bartol, 2006).

Porter, Fairweather, Drugge, Hervé, Birt, & Boer (2002) utilizaram a PCL-R numa amostra de 329 reclusos canadianos, dos quais 228 condenados por um delito sexual. A amostra foi dividida em subgrupos: abusador extrafamiliar, abusador intrafamiliar, abusador intra e extrafamiliar, violador, abusador-violador e criminosos não sexuais. Os resultados demonstraram que os abusadores sexuais de crianças pontuaram com scores inferiores comparativamente aos grupos dos violadores e criminosos não sexuais, os quais pontuaram scores incluídos na categoria dos “moderadamente psicopatas”. As pontuações mais elevadas foram atribuídas ao grupo abusador-violador (Forth & Kroner, 1995, Serin et al., 1994, cit in Porter et al., 2002).

### ***Questão 2 – Em quantos psicopatas foi diagnosticada pedofilia?***

A presença de pedofilia é identificada em 6 indivíduos. Dos 40 indivíduos classificados como “Moderadamente Psicopatas”, 5 (12.5%) foram diagnosticados como pedófilos e dos 12 indivíduos classificados “Não Psicopata”, 1 (8.3%) padece de pedofilia, não tendo sido diagnosticada pedofilia a nenhum dos indivíduos psicopatas. A explicação para a inexistência

de indivíduos psicopatas com diagnóstico de pedofilia deve-se, segundo Salter (2009), ao facto destes propenderem para ser agressores de oportunidades iguais, apresentando frequentemente, uma grande versatilidade criminal. Segundo a autora, os psicopatas abusam de crianças, não necessariamente como consequência da presença da parafilia mas sim por usufruírem da oportunidade para o cometimento de tal delito.

### **Questão 3 – Que nível de risco de violência sexual apresentam os abusadores?**

O risco de violência sexual é baixo em 10% dos indivíduos da nossa amostra, moderado em 28.3% e alto em 61.7%. Devido ao alto risco de violência sexual que estes indivíduos apresentam, a tendência actual tem sido a de os considerar como recidivistas (Albuquerque, 2006). Prentky (1997) constatou que a taxa de reincidência nos abusadores sexuais era de 52% (Prentky et al., 1997 cit in Salter, 2009). Salter (2009) acrescenta ainda, que as taxas de reincidência a longo prazo demonstram ser mais altas do que as encontradas para reincidências a curto prazo.

### **Questão 4 – Em que medida a idade tem influência no risco de violência sexual?**

São sobretudo os abusadores sexuais do grupo etário homogéneo dos [57-83] anos com risco de violência sexual moderado (35.3%) que apresentam diferenças significativas, contudo, percentagem semelhante (23.4%) foi encontrada no grupo etário homogéneo dos [40-48] anos, para os abusadores que revelaram risco de violência sexual alto. Albuquerque (2006) declara que, com o avançar da idade, em consequência do decréscimo gradual da testosterona, existe redução significativa da excitação sexual, das fantasias, dos comportamentos sexuais, do desejo, e portanto, da actividade sexual criminosa.

Todavia, apesar de no nosso estudo existirem evidências de que a idade influencia o risco de violência sexual, não foram encontradas significâncias estatísticas.

### **Questão 5 – Existem distorções cognitivas presentes no discurso dos abusadores sexuais?**

Mediante os resultados obtidos, foi possível constatar que os abusadores que pontuaram com médias mais elevadas na PCL-R, têm alto risco de violência sexual, enquanto os abusadores com baixo risco de violência sexual obtiveram médias da PCL-R mais baixas. Inferimos assim, que existe um efeito altamente significativo da psicopatia no risco de violência sexual. Resultados corroborados por Hemphill (1998) citado por Salter (2009) que profere que, abusadores sexuais psicopatas apresentam uma probabilidade três vezes maior

de cometerem um crime sexual ou não sexual no ano que se segue à saída da prisão do que qualquer outro agressor (Hemphill, 1998 cit in Salter, 2009).

### **Questão 6 – Existem distorções cognitivas presentes no discurso dos abusadores sexuais?**

Tal como referenciado por Albuquerque (2006) e Paulino (2009) foi notória a presença de distorções cognitivas nos abusadores sexuais de menores, sendo a *“Minimização das ofensas”* aquela que mais de destacou seguida da distorção *“As crianças são hábeis manipuladoras e sabem tão bem o que querem como os adultos”*.

## **VI. Conclusões**

No decorrer dos últimos anos, os crimes sexuais ganharam força social e política. A pertinência deste estudo prendeu-se com o conhecimento do risco de violência sexual e com a psicopatia, assim como a relação existente entre estas duas premissas.

Da nossa breve incursão pelo universo prisional nacional regressamos com a noção que os abusadores sexuais de menores em muito se assemelham à população em geral.

Quanto aos pressupostos que compuseram esta investigação, salienta-se o elevado número de indivíduos com alto risco de violência sexual, achado preocupante, na medida em que actualmente, apesar dos incansáveis esforços no sentido de reabilitar clínica e socialmente estes indivíduos, os mesmos se apresentam insuficientes.

A presença de psicopatia foi verificada, apenas numa pequena fracção de abusadores sexuais de menores, sendo maioritariamente considerados como *moderadamente psicopatas*. Tais resultados, denotam que embora não estejam inseridos no grupo dos *“temíveis” psicopatas*, merecem a nossa preocupação, visto muitos deles apresentarem comportamentos de severa gravidade, designadamente, *as desconcertantes atitudes pejorativas face à dignidade das vítimas e do sexo feminino em geral, a minimização das consequências dos actos cometidos, a elevada presença de antecedentes criminais e a panóplia de crimes associados ao crime actual*.

Os resultados sugerem a influência da variável idade no risco de violência sexual, assim como uma associação significativa entre a psicopatia e o risco de violência sexual. Tais evidências deverão ser tidas em conta nos processos de prevenção, diagnóstico e tratamento.

## Referencias Bibliográficas

- Albuquerque, A. (2006). *Minorias Eróticas e Agressores Sexuais*. Lisboa: Dom Quixote.
- Barbosa, F. & Iria, C. (2008). *Psicopatas Criminosos e Não Criminosos: Uma Neuropsicológica*. Porto: Legis Editora
- Cooke, D., Michie, C. & Hart, S. (2006). Facets of clinical psychopathy: Toward a clearer measurement. In Patrick C. (Ed.), *Handbook of psychopathy*. (91-106). New York: The Guilford.
- Coutinho-Pereira, A. & Gonçalves, R. (2009). Distorções cognitivas em agressores sexuais. *Ousar integrar – Revista de Reinserção Social e Prova*, 2: 9-17.
- Gonçalves, R. & Vieira, S. (2004). A avaliação do risco de violência sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2: 65-80.
- Gonçalves, R. (1999a) – *Psicopatia e processos adaptativos à prisão: da intervenção para a prevenção*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Gonçalves, R. (1999b) – Psychopathy and offender types: Results from a Portuguese prison sample. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(3-4): 337-346.
- Gonçalves, R. (2001). Psicopatia em Portugal: Investigações em contextos prisionais. *Temas Penitenciários*, 6-7: 63-71. Lisboa: Direcção-Geral dos Serviços Prisionais.
- Guerraicaechevarria, C. (2006). Especial Consideración de algunos ámbitos de victimación: Abusos Sexuales de Menores. In. Baldomero, B., Rimo, A., Baerberet A., Domínguez, C., Corral, P. & Amor P. et al., *Manual de Victimología*. (129-148). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Ha Hare, R. (1996a) – Psychopathy: A Clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23: 25-54.
- Lykken, D. (1995). *The antisocial personalities*. Hill Lawrence Erlbaum.
- Menzies, R. & Webster, C. (1995). Construction and validation of risk – assessments in a six-year follow-up of forensic patients: A tridimensional analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychological*, 63: 766-778.
- Monahan, J. (1997). Actuarial support for the clinical assessment of violence risk. *International Review of Psychiatry*, 9: 167-169.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., et al. (Eds.) (2001). *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press. Oxford.
- Paulino, M. (2009). *Abusadores Sexuais de Crianças: A Verdade Escondida*. Lisboa:Prime Books.

- Porter, S., Fairweather, D., Drugge, J., Hervé, H., Birt, A. & Boer, D. (2002). Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. In Holmes R., Holmes S. (Eds.). *Current perspectives on sex crimes (193-202)*. California: Sage Publications.
- Rebocho, M. (2007). *Caracterização do Violador Português: Um estudo exploratório*. Coimbra: Almedina.
- Salter, A. (2009). *Predadores – Pedófilos, Estupradores e Outros Agressores Sexuais*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.
- Strecht, P. (2006). *Uma ferida no coração – Abuso Sexual de Rapazes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Wiley, T., Bottoms, B., Oudekerk, B., Stevenson, M. (2006). *A criança perante o sistema legal: dados da investigação psicológica*. In Fonseca Simões, A., Simões M., Pinho, M., (Eds.). *Psicologia Forense*. (pp. 313). Coimbra: Almedina.





## Psicopatia vs. Características do Crime de Abuso Sexual de Menores

Ana Patrícia Ferreira<sup>1</sup>; Madalena Cunha<sup>2</sup>; Fernando Pina<sup>3</sup> & Alunos do 19ºCLE ESSV – IPV<sup>2</sup>

**Resumo:** O estudo teve como objectivos avaliar o índice de psicopatia dos abusadores sexuais de menores e caracterizar o crime de abuso sexual.

A idade dos participantes oscilou entre os 22 e os 83 anos, sendo a média de 48,33 anos de idade, no entanto o intervalo de idade da ocorrência do primeiro crime de abuso sexual varia entre os 30 e os 41 anos (28,4%). Os resultados patenteiam que a maioria dos abusadores não apresentava antecedentes psiquiátricos relevantes (48 indivíduos, 80%), contudo de acordo com a classificação da PCL-R, 13.3 % dos abusadores sexuais de menores pontuaram como psicopatas, 66.7% como moderadamente psicopatas e 20% como não psicopatas. A presença de pedofilia foi identificada em 6 indivíduos. Relativamente ao tipo de abuso sexual praticado, verificou-se que os mais frequentes foram: as carícias digitais nos genitais (56,7%), as carícias com o pénis nos genitais (45,0%), o coito vaginal (31,8%) e o coito anal (21,7%).

**Palavras-chave:** Psicopatia, Abusadores Sexuais de Menores, Tipo de Abuso Sexual

**Abstract:** The study aims to evaluate the rate of psychopathy in juvenile sexual abusers and to characterize the crime of sexual abuse. Participants' age ranged between 22 and 83 years, the average being 48.33 years old, but the range of age of first occurrence of the crime of sexual abuse varies between 30 and 41 years (28.4 %). The results show that the majority of abusers had no relevant psychiatric history (48 individuals, 80%). According to the PCL-R classification, 13.3% of the child sexual abusers scored as psychopaths, 66.7% moderately and 20% psychopaths and non psychopaths. The presence of child abuse was identified in six individuals. Regarding the type of sexual abuse, it was found that the most common were: the digital fondling the genitals (56.7%), caresses genitals with his penis (45.0%), vaginal intercourse (31.8 %) and anal intercourse (21.7%).

**Keywords:** Psychopathy, Child Sexual Abuse, Type of Sexual Abuse

<sup>1</sup> Instituto Superior da Maia.

<sup>2</sup> CI&DETS – Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV.

<sup>3</sup> HST-EPE.

## **Introdução**

Contemporaneamente, o abuso sexual de menores, apesar de muito abordado, é um crime que ainda não é suficientemente compreendido quer a nível legal, médico, ou mesmo pela sociedade.

Por outro lado, assiste-se desde 1996 em Portugal, a um aumento substancial dos indivíduos condenados por abuso sexual de crianças e adolescentes, não significando necessariamente um aumento desses crimes mas sim, uma maior denúncia pelas vítimas, família e sociedade. (Albuquerque, 2006).

Na mesma linha, Pedro Strecht (2006), refere que nos últimos anos, o número de casos de abusos sexuais de menores sinalizados, quase triplicou no seu valor geral, devido a uma maior valorização deste tipo de delitos.

*“Segundo a Direcção dos Serviços Prisionais, nas prisões portuguesas encontravam-se detidos, em Novembro de 2004, 189 reclusos condenados por abuso sexual de menores (sendo três por actos homossexuais com adolescentes)” (Albuquerque, 2006, pp. 154-155).*

Neste contexto, foram objectivos do presente estudo identificar as características sócio-demográficas dos abusadores sexuais de menores; avaliar o Índice de Psicopatia manifestado pelos abusadores sexuais de menores e caracterizar o Crime de Abuso Sexual.

## **Material e Métodos**

**Tipo de Estudo:** O estudo exploratório e descritivo foi realizado segundo um corte transversal, numa amostra de 60 reclusos condenados pelo artigo 171º e artigo 172º do Código Penal Português.

**Instrumentos de Colheita de Dados:** Foram utilizados como materiais a Entrevista Semi – estruturada, a Psychopathy Checklist Revised( PCL – R) e o Sexual Vidence Risk – 20( SVR – 20).

## **Resultados Empíricos vs. Discussão**

### ***Resultados Sócio-Demográficos***

A idade actual dos abusadores sexuais oscilou entre os 22 e os 83 anos, sendo a média de 48.33 anos de idade (Dp = 13.059). Contudo, o intervalo de idade da ocorrência do primeiro crime de abuso sexual, de acordo com a descrição dos sujeitos e dados processuais, varia entre os 30 e os 41 anos (28. 4%). A literatura documenta grande variabilidade para a

idade de início dos abusos. Nos estudos realizados por Becker, Cunningham-Rather e Kaplan (1985); Bonner (1990), cit in Renvoize (1993) e Finkelhor (1986), os abusadores sexuais assumiram ter iniciado as práticas abusivas antes dos 18 anos (Fávero, 2003). No entanto, Barra da Costa (2003), relata que a idade dos abusadores sexuais de menores varia entre os 36 e os 45anos.

Na amostra predomina o estado civil de casado (35.0%), em conformidade com Albuquerque (2006), cerca de três quartos dos abusadores sexuais de menores foram casados.

A maioria dos indivíduos possui baixa instrução, 40.0% referem ter o 1.º ciclo e 16.7% são analfabetos.

Relativamente à zona de residência, 33.3%, residia no distrito de Lisboa. Da totalidade da amostra, 55% habitavam na zona rural e dos 45.0% que habitavam na zona urbana, 31.7% residia num Bairro Social. Dados corroborados por Milhazes (1998) que verbaliza que em 80% dos casos, o agressor vive em bairros e/ou habitações degradadas.

Quanto à sua actividade laboral, 40% à data do crime estavam inactivos, sendo que nos activos, a profissão de “Operários, artífices e trabalhadores similares das indústrias extractivas e da construção civil” era a mais praticada (26.7%).

### **Questão 1 – Psicopatia versus características do crime de abuso sexual de menores**

O diagnóstico de Psicopatia, baseou-se na classificação da PCL-R, que classificou 13.3% dos abusadores sexuais de menores como *psicopatas*, 66.7% *moderadamente psicopatas* e 20% *não psicopatas*. Dados corroborados no estudo de Forth e Kroner, o qual incidiu na averiguação da presença de psicopatia em delinquentes sexuais reclusos numa prisão federal. Os autores constataram a presença de psicopatia em 26% dos violadores, em 18% no grupo dos violadores e abusadores sexuais de menores e em 5.4% dos abusadores sexuais de menores (Forth & Kroner, 1994 cit in Bartol, 2006).

Porter, Fairweather, Drugge, Hervé, Birt, & Boer (2002) utilizaram a PCL-R numa amostra de 329 reclusos canadianos, dos quais 228 condenados por um delito sexual. A amostra foi dividida em subgrupos: abusador extrafamiliar, abusador intrafamiliar, abusador intra e extrafamiliar, violador, abusador-violador e criminosos não sexuais. Os resultados demonstraram que os abusadores sexuais de crianças pontuaram com scores inferiores comparativamente aos grupos dos violadores e criminosos não sexuais, os quais pontuaram scores incluídos na categoria dos “moderadamente psicopatas”. As pontuações mais

elevadas foram atribuídas ao grupo abusador-violador (Forth & Kroner, 1995, Serin et al., 1994, cit in Porter et al., 2002).

### ***Questão 2 – Existirá relação entre a psicopatia e a prática de abusos sexuais intrusivos?***

Em 45.0% dos casos, o abuso sexual foi considerado não intrusivo e em 43.3% foi considerado intrusivo. Quanto aos indivíduos classificados pela PCL-R como “Psicopatas”, 4 (50.0% dos indivíduos psicopatas) praticaram actos abusivos com penetração, dos 40 indivíduos classificados como “Moderadamente Psicopatas”, 17 indivíduos (42.5%) cometeram actos intrusivos e dos 12 indivíduos considerados “Não Psicopatas”, 5 (41.7%) cometeram actos desta tipologia. Barbosa e Iria (2008) informam que indivíduos psicopatas tendem a cometer delitos mais danosos.

### ***Questão 3 – Em quantos psicopatas foi diagnosticada pedofilia?***

A presença de pedofilia foi identificada em 6 indivíduos. Dos 40 indivíduos classificados como “Moderadamente Psicopatas”, 5 (12.5%) foram diagnosticados como pedófilos e dos 12 indivíduos classificados “Não Psicopata”, 1 (8.3%) padece de pedofilia, não tendo sido diagnosticada pedofilia a nenhum dos indivíduos psicopatas. A explicação para a inexistência de indivíduos psicopatas com diagnóstico de pedofilia deve-se, segundo Salter (2009), ao facto destes propenderem para ser agressores de oportunidades iguais, apresentando frequentemente, uma grande versatilidade criminal. Segundo a autora, os psicopatas abusam de crianças, não necessariamente como consequência da presença da parafilia mas sim por usufruírem da oportunidade para o cometimento de tal delito.

### ***Questão 4 - Qual a percentagem de abusadores sexuais com co - morbidade psiquiátrica e comportamentos aditivos?***

Na maioria dos casos, não existia antecedentes psiquiátricos relevantes (48 indivíduos, 80%). Durante a reclusão em 12 (20.0%) foi diagnosticada doença psiquiátrica, tendo sido diagnosticado o quadro clínico de depressão em 8, psicose esquizofrénica em 2 e perturbação da personalidade anti-social também em 2. De acordo com William Marshall citado por Paulino (2009), são poucos os abusadores sexuais de menores que apresentam psicopatologia ou perturbações da personalidade, realçando o facto de ter encontrado evidências de apenas 5% serem psicóticos e 12% padecerem de perturbação anti-social da personalidade.

O consumo de álcool é verificado em 86.7% dos abusadores, sendo o tipo de consumo excessivo e regular identificado por 42 indivíduos. De acordo com Weinrott & Saylor (1991) citados por Parkinson et al. (2004), em mais de 50% dos abusadores existia história de abuso de álcool.

### **Questão 5 – Que tipo de abusos sexuais foram praticados?**

Os tipos de actos praticados foram: carícias digitais nos genitais em 56.7%; carícias com o pénis nos genitais em 45.0%; coito vaginal em 31,8 %; coito anal em 21.7%; masturbação do ofensor em 20.0%, enquanto a masturbação da vítima teve lugar em 15.0% dos casos; actos exibicionistas em 20.0% e a visualização de imagens de cariz sexual em 16.7%.

O estudo português realizado por Oliveira & Santos apresenta dados semelhantes. Os investigadores concluíram que em 30% dos casos houve carícias sexuais, em 22% dos casos coito vaginal, 14% coito anal, 17% sexo oral, 8% exibicionismo e 3% das crianças foi obrigada a assistir a material de conteúdo pornográfico (Oliveira & Santos, 1993 cit in Paulino, 2009). A literatura internacional apresenta resultados ainda mais inquietantes, pois por exemplo, Gold et al. (1996) num estudo constituído por 135 vítimas de abusos sexuais, concluíram que o tipo de abuso mais referido por estas foi o das carícias sexuais (92%), penetração vaginal (59%), masturbação do agressor (54%) e sexo oral (51%).

**Quadro 1 – Características do tipo de abuso praticado**

<b>Tipo de abuso praticado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Carícias digitais nos órgãos genitais	34	56,7
Carícias com o pénis nos órgãos genitais	27	45,0
Carícias nos seios	23	38,3
Coito vaginal	19	31,7
Sexo oral ao ofensor	18	30,0
Beijos na boca	13	21,7
Sexo anal à vítima	13	21,7

Actos de Exibicionismo	12	20,0
Masturbação do ofensor	12	20,0
Visualização de imagens de cariz sexual	10	16,7
Masturbação da vítima	9	15,0
Sexo oral à vítima	9	15,0
Tentativa de sexo anal à vítima	3	5,0
Assédio sexual	2	3,3
Tentativa de sexo oral ao ofensor	2	3,3
Incentivo de práticas sexuais da vítima com terceiros	2	3,3
Sexo anal ao ofensor	2	3,3
Fotografar/Filmar a (s) vítima (s) em posições eróticas	1	1,7
Tentativa de coito vaginal	1	1,7
Prostituição infantil	1	1,7

### Considerações Finais

No decorrer dos últimos anos, os crimes sexuais ganharam força social e política, justificando que se investigue sobre esta problemática, (Ferreira, 2009).

Relativamente aos pressupostos que compuseram esta investigação, apurou-se que a presença de psicopatia foi diagnosticada numa pequena fracção de abusadores sexuais, sendo maioritariamente considerados como moderadamente psicopatas.

Mediante a realização desta investigação, foi-nos ainda possível caracterizar o perfil do abusador de menores e descrever a tipologia de crimes praticados, apurando-se integrarem características já relatadas na literatura internacional.

Em nossa opinião, devido às graves consequências físicas e psicológicas, directa ou indirectamente associadas a este crime repulsivo, torna-se urgente implementar modificações ao nível educacional, social e político. A nível educacional, a realização de

estudos análogos à presente investigação, constitui-se uma acção benéfica para a implementação de medidas preventivas e de reabilitação eficazes, assim como uma maior aposta na prevenção primária, especialmente, em campanhas de sensibilização para a identificação dos factores de risco. Socialmente, devem ser feitos todos os esforços, no sentido da abolição da maioria, se não de todos, os valores e costumes permissivos e favorecedores da ocorrência deste tipo de crime, bem como no encorajamento da denúncia deste ou de qualquer outro tipo de crimes.

Embora, actualmente, a definição de psicopata seja conhecida de todos os profissionais da saúde, persiste ainda, uma grande ignorância quanto ao conhecimento das características de um indivíduo psicopata. *“É o dom da camuflagem, a habilidade de camaleão em assumir quaisquer formas que melhor se adaptam aos seus propósitos, que define o clássico psicopata”* (Salter, 2009, p.122).

A nível político, deveria ser feito um maior investimento no tratamento e acompanhamento, antes e depois da reclusão dos abusadores sexuais de menores, objectivando a diminuição das taxas de reincidência e melhor ajustamento social. Quanto às vítimas, deveriam ocorrer adaptações nas premissas legislativas respeitantes à sua protecção, com vista à diminuição da vitimação secundária e minimização das consequências a curto e longo prazo.

Face ao exposto, parece poder concluir-se que embora reconhecendo algumas limitações, os objectivos do nosso estudo foram atingidos, pois os resultados obtidos, permitiram-nos, por um lado, adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática dos abusadores sexuais de menores e, por outro, poderão constituir um contributo ao nível da prevenção primária, pois a sua divulgação poderá suscitar reflexão e sustentar a intervenção clínica focalizada no abusador.

### **Referências bibliográficas**

Albuquerque, A. (2006). *Minorias Eróticas e Agressores Sexuais*. Lisboa: Dom Quixote.

Barbosa, F. & Iria, C. (2008). *Psicopatas Criminosos e Não Criminosos: Uma abordagem Neuropsicológica*. Porto: Legis Editora.

Bartol, A. & Bartol, C.(2006). Current Perspectives in Forensic Psychology and Criminal Justice: 1 – 296. Sage Publications recuperado em 26 de Outubro de 2009 de

<http://books.google.pt/books?id=9a8JBTvmlI4C&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false>

- Fávero, M. (2003). *Sexualidade infantil e abusos sexuais a menores*: Lisboa. Climepsi
- Ferreira, A. P. S. B. (2009) *Abusadores Sexuais de Menores: Trajectórias Desenvolvimentais, Psicopatia e Risco de Violência Sexual*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça apresentada ao Instituto Superior da Maia.
- Milhazes, V. (1998). Prevenção e ou repressão: especificidades da vítima e do seu agressor. In *Abusos Sexuais em Crianças e Adolescentes - Contributos do 1º Seminário Nacional*. (127-132). Lisboa: Associação Para o Planeamento Da Família.
- Parkinson, P., Oates, k., Shrimpton, S., Swanston, H. & O'Toole, B. (2004). Nonsex Offences Comitted by Child Molesters: Findings From a Longitudinal Study. *International Journal Of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(28): 28-39, Recuperado em 24 de Outubro de 2007 de <http://tva.sagepub.com>.
- Paulino, M. (2009). *Abusadores Sexuais de Crianças: A Verdade Escondida*. Lisboa: Prime Books
- Porter, S., Fairweather, D., Drugge, J., Hervé, H., Birt, A. & Boer, D. (2002). Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. In Holmes R., Holmes S. (Eds.). *Current perspectives on sex crimes* (193-202). California: Sage Publications.
- Salter, A. (2009). *Predadores – Pedófilos, Estupradores e outros Agressores Sexuais*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.
- Strecht, P. (2006). *Uma ferida no coração – Abuso Sexual de Rapazes*. Lisboa: Assírio & Alvim.



**ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA, FAMILIAR E  
COMUNITÁRIA**



## Avaliação da qualidade de vida na pessoa com tuberculose pulmonar

Monteiro, Sónia<sup>1</sup>; Rodrigues, Vitor<sup>2</sup>

**Palavras Chave** — Tuberculose; DOTS; Toma Observada Directamente; Qualidade de Vida

**Introdução:** Apesar da OMS ter reconhecido em 2003, a Tuberculose como uma emergência global, continuam actualmente a existirem 9.2 milhões de novos casos de TB em todo o mundo, causando 1.5 milhões de mortes (WHO, 2008). Em 2007, em Portugal, foi declarada uma taxa de incidência de 27/100 mil habitantes. Destaca-se, pela maior incidência, o distrito do Porto com 38/ 100 mil habitantes. (DGS, 2008a). Este estudo pretende conhecer a QDV da pessoa com TP de forma a tornar possível a implementação de medidas pró-activas, cujos efeitos persigam a melhoria da QDV destas pessoas, promovendo o sucesso do seu tratamento, alcançando a cura e o global controlo da doença.

**Material:** Utilizou-se como instrumento de recolha de dados o questionário.

**Métodos:** Este é um estudo exploratório, descritivo e transversal. A nossa amostra foi constituída por 151 respondentes (23,0% da população total).

**Resultados:** O presente estudo demonstrou a predominância da TP no sexo masculino (64,9%). Prevaleceu a faixa etária dos 35-44 anos, sendo a média de idades de 42,3, com um desvio padrão de 16,4, sendo a idade máxima de 85 anos e a mínima de 15 anos. Encontraram-se maioritariamente indivíduos solteiros, detentores do 1º ciclo de escolaridade e pertencentes predominantemente à Classe Média.

Os resultados globais obtidos pela aplicação do questionário SF 36 pelas suas oito dimensões demonstram que as melhores médias de QDV são obtidas nas dimensões *Dor Física* (68,4) e *Função Física* (58,5), sendo as dimensões *Vitalidade* (31,3) e *Saúde Mental* (36,7) as responsáveis pelas médias mais baixas. Cinco das oito dimensões apresentam

---

<sup>1</sup> Sónia Araújo Monteiro - Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, Enfermeira Especialista Saúde Comunitária, exerce funções na Unidade de Saúde Pública do ACES Douro II – Douro Sul, ARS Norte, IP, soniabrma@gmail.com

<sup>2</sup> Vitor Rodrigues, Prof. Coordenador com Agregação, ESEnf/CIDESD – Universidade de Trás - os - Montes e Alto Douro, vmcpr@utad.pt

valores médios abaixo de 50 (*Função Social, Desempenho Emocional, Desempenho Físico, Saúde Mental e Vitalidade*).

**Conclusões:** As políticas de controlo da TB, através da Estratégia DOTS, consistem em cinco medidas que encerram o princípio chave de incrementar o uso de regimes de tratamento estandardizados, dispensados num ambiente de apoio assistencial amigável e atractivo para os doentes. Para que o controlo da TB aconteça, é necessário organizar os serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB. A TP pode causar perturbações nos múltiplos domínios da QDV dos indivíduos, sofrendo influências pelas características descritivas dos indivíduos, bem como pelas características sócio-económicas. Sendo o doente, o foco central da prestação de cuidados de saúde e acreditando que “a qualidade é ir ao encontro das necessidades do cliente – quer estas sejam explícitas ou implícitas”, é importante conhecer a qualidade de vida da pessoa com tuberculose, no sentido de compreender para melhorar, possibilitando a promoção de estratégias pró-activas e de redução de danos, na perseguição do sucesso terapêutico.

## **1. Introdução**

A Tuberculose é uma doença provocada pelo bacilo *Microbacterium Tuberculosis*, descoberto por Robert Koch em 1882. É actualmente a principal causa de morte das doenças infecciosas curáveis, estimando-se que em 2008 tenham ocorrido 9.4 milhões de casos em todo o mundo, ou seja, 139 novos casos por 100 mil habitantes, com uma mortalidade de 1.3 milhões de pessoas (20/100mil). (DGS, 2010)

Com a descoberta de antibióticos eficazes, dos anos 40 até aos anos 70, acreditou-se que a TB estivesse controlada e que deixaria de ser um problema de saúde pública. No entanto, o abandono do tratamento, o aumento da pobreza, a migração e o aumento da influência do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em alguns países, fizeram com que, actualmente, a tuberculose seja ainda encarada como um sério problema global.

Portugal apresentou uma incidência de 24 casos /100 mil habitantes em 2009, menos 8% que em 2008, tem um decréscimo anual médio de 7.3%, consistente nos últimos 7 anos, o que parece confirmar que as estratégias de intervenção assumidas pelo PNT têm

efectivamente conduzido o País para uma aproximação à categoria de país de baixa incidência (DGS, 2010)

Portugal, através do PNT, adoptou a estratégia DOTS, sugerida pela OMS em 1993, que consiste em cinco medidas que encerram o princípio chave de incrementar o uso de regimes de tratamento estandardizados, dispensados num ambiente de apoio assistencial amigável e atractivo para os doentes, com a TOD (Toma Observada Directamente), de forma a maximizar a adesão e reduzir a resistências aos antibacilares (Antunes, 2002).

Os casos de desistência, abandono, interrupções da toma da medicação, favorecem o aparecimento de mutações do bacilo que se tornam resistentes às drogas, causando um emergente problema na actualidade que é a TB resistente e extensivamente resistente (Reigota & Carandina, 2002). A quimioterapia sob TOD é o principal componente do tratamento utilizado para o controlo da TB. O abandono do tratamento por parte dos doentes constitui um desafio antigo para os profissionais que trabalham no controlo desta doença, o qual só se reduz com o êxito na obtenção da adesão do doente.

Para vários autores (Marra, Marra, Cox, Palepu & Fitzgerald, 2004; Pandit & Choudhary, 2006), a implementação da TOD na gestão do tratamento da TB traz benefícios inquestionáveis. No entanto, muito embora a TB seja curável, existe ainda “um impacto significativo sobre a qualidade de vida” da pessoa doente (Marra et al., 2004, p. 1).

Para Schmetana, Fleitas, Pereira & Nakamura (2008), “a tuberculose exige programas que visem a melhoria da qualidade de vida” (p. 12), sendo o controlo desta doença um grande desafio que impõe a resolução de problemas no sentido de promover o cumprimento dos esquemas terapêuticos. Vários autores defendem que a monitorização dos problemas vivenciados por estes doentes pode otimizar a adesão ao tratamento, aumentando o número de casos de sucesso terapêutico (Marra et al., 2004), pelo que os gestores de cuidados de saúde devem incluir na sua análise, para além de indicadores de mudança na frequência e agravamentos da doença, indicadores de bem-estar, pois só assim poderão compreender a essência dos cuidados de saúde prestados (Dhuria, Sharma & Ingle, 2008).

Este estudo pretende conhecer a QDV da pessoa com TP em regime de tratamento de TOD de forma a tornar possível a implementação de medidas pró-activas, cujos efeitos persigam a melhoria da QDV da pessoa com TB, promovendo o sucesso do seu tratamento, alcançando a cura.

## 2. Material

Como instrumento de recolha de dados elegeu-se o questionário. Este foi composto por duas partes. A primeira parte, abordou questões descritivas, relacionadas com as características dos indivíduos inquiridos. A segunda parte, conteve o questionário do estado de Saúde SF-36, versão 1. Este instrumento foi desenvolvido por Ware, Snow, Kosinski, e Gandek, em 1993, e validado para a população Portuguesa por Ferreira (2000a, 2000b), sendo as propriedades métricas desta versão, adequadas e semelhantes, tanto à versão original como às versões de outros países que a estudaram e adaptaram (Pais Ribeiro & Santos, 2005). É uma medida breve de avaliação do Estado de Saúde, cujo acrónimo SF significa forma reduzida (short-form), e o número corresponde ao número de itens do questionário. É uma das medidas mais utilizadas na investigação em contexto de saúde e de doença para avaliar a QDV em geral (Pais Ribeiro & Santos, 2005). Não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento (Ferreira, 2000a).

Pareceu ser o mais utilizado em estudos relacionados com a avaliação da QDV e TB, tendo sido referido como um instrumento válido e confiável no estudo da TB, motivos pelos quais se utilizou para facilitar a comparação de resultados (Chamla, 2004; Dion et al., 2004; Guo, Marra & Marra, 2009).

Este questionário contém 36 itens, um de Transição em Saúde e 35 itens que se agrupam em oito escalas ou dimensões, cada uma delas fornece uma nota entre “0” e “100”, em que 100 expressa melhor percepção de saúde (Ferreira, 2000a, 2000b; Bowling, 2001; Ribeiro, 2005). Segundo os autores, a Função Física é composta por 10 itens, medindo a limitação para a execução de actividades físicas desde as menos exigentes às mais extenuantes. Por sua vez, as dimensões Desempenho Físico (4 itens) e Desempenho Emocional (3 itens), medem limitações ao nível da saúde dos indivíduos em termos da execução de trabalho. A Dor Corporal (2 itens) engloba a intensidade da dor e o seu impacto nas actividades normais dos indivíduos. A Saúde em Geral (5 itens) procura avaliar a percepção geral da saúde, incluindo resistência à doença, aparência saudável e saúde actual. Já a Vitalidade (4 itens) engloba níveis de fadiga e de energia, captando as diferenças de bem-estar. A Função Social (2 itens) mede as relações interpessoais, através das actividades sociais e do seu impacto nos problemas emocionais e físicos. Por último, a Saúde Mental (5 itens) mede ansiedade, depressão, bem-estar psicológico e perda de controlo. A resposta ao questionário é ordinal e varia entre duas e seis alternativas. O SF-36 fornece um perfil de

notas a partir destas oito escalas e, simultaneamente, fornece um sumário de medidas mentais, o Componente Mental (resultante do agrupamento de quatro escalas), e físicas, o Componente Físico (resultante do agrupamento das outras quatro escalas). O item Transição em Saúde indica o grau de mudança em geral na saúde do inquirido e deve ser considerado paralelamente a estes indicadores (Ferreira, 2000a, 2000b; Ribeiro, 2005).

### **3. Métodos**

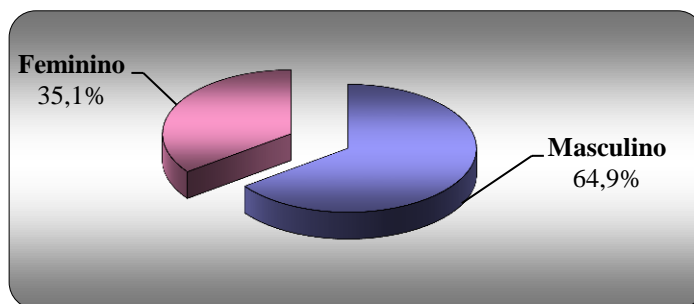
Partindo da epidemiologia subjacente a esta problemática e atendendo que a TB representava um problema prioritário na ARS Norte, com especial atenção no Distrito do Porto, pretendeu-se com este estudo conhecer a realidade deste distrito, alcançando uma percepção da QDV vivenciada pelas pessoas com TP em regime de toma observada, recorrendo-se à metodologia quantitativa, tornando-se este, num estudo exploratório - descritivo e transversal.

A população foi constituída por todos os doentes com TP em regime de TOD que no ano de 2008, frequentavam os Centros Diagnósticos Pneumológicos do distrito do Porto. A partir daqui foram seleccionados todos os doentes com TP em regime de TOD, desde que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão: i) confirmação do diagnóstico de TB pulmonar, excluindo-se todas as outras variantes de TB; ii) encontrar-se pela primeira vez a realizar o tratamento, excluindo-se recidivas e casos multirresistentes; iii) ter iniciado, no mínimo, o tratamento há 30 dias. A nossa amostra ficou assim delimitada a 151 respondentes (23,0% da população total).

### **4. Resultados**

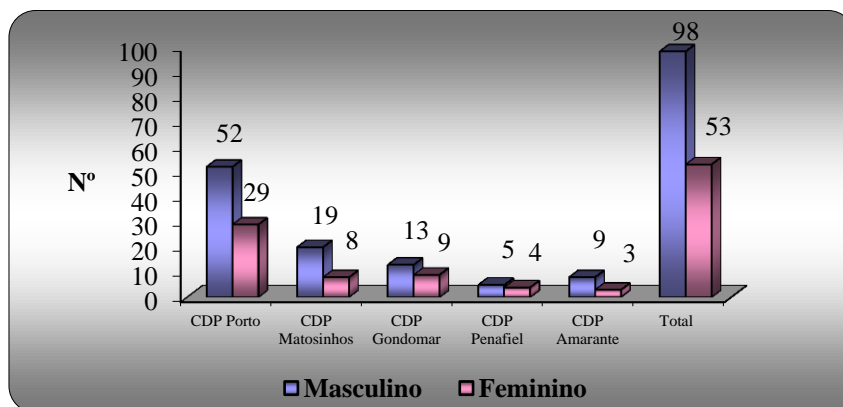
Dos 151 indivíduos da amostra em estudo, 53 (35,1%) pertenciam ao sexo feminino e 98 (64,9%) ao sexo masculino, como se pode observar pela análise do gráfico 1. Relativamente à idade, constata-se que a média de idades dos indivíduos era de 42,3 anos, com um desvio padrão de 16,4, sendo a idade máxima de 85 anos e a idade mínima de 15 anos.

**Gráfico 1.** Distribuição dos indivíduos em estudo por sexo



O maior número de indivíduos provinha do CDP do Porto com 81 (53,6%), seguindo-se o CDP de Matosinhos com 27 (17,9%), o CDP de Gondomar com 22 (14,6%), o CDP de Amarante com 12 (7,9%) e o CDP de Penafiel com 9 (6,0%). Pode verificar-se no gráfico 2 que o número de indivíduos de sexo masculino prevalecia perante o sexo oposto nas diferentes instituições.

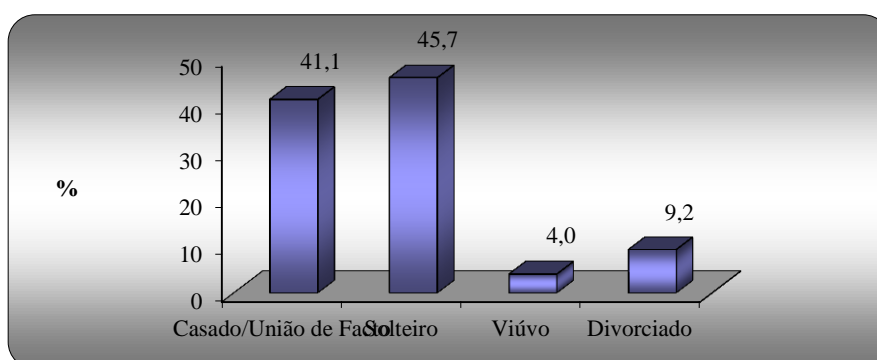
**Gráfico 2.** Proveniência dos indivíduos por sexo



No que respeita ao estado civil, os indivíduos encontravam-se maioritariamente no estado de solteiro, com 69 (45,7%), seguindo-se o estado de casado/união de facto, com 62 (41,1%), o estado civil de divorciado com 14 (9,27%) e de viúvos com 6 (4,0%) indivíduos (gráfico 3).

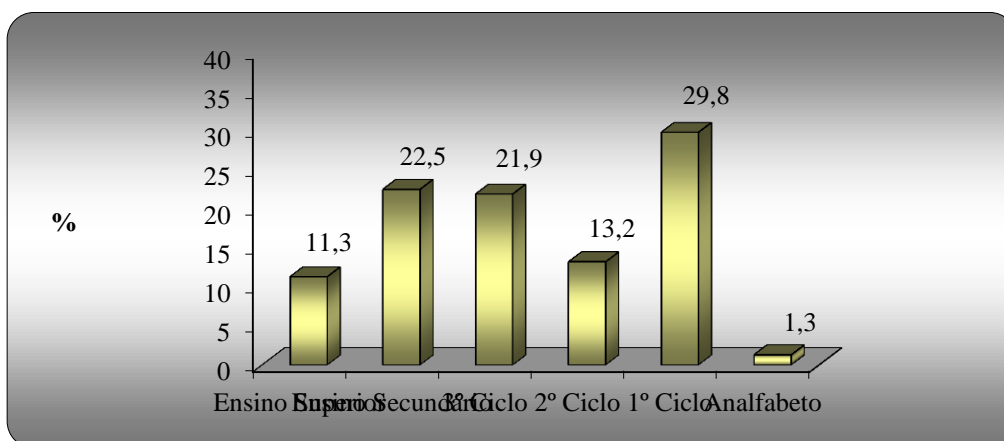


**Gráfico 3.** Distribuição dos indivíduos por estado civil



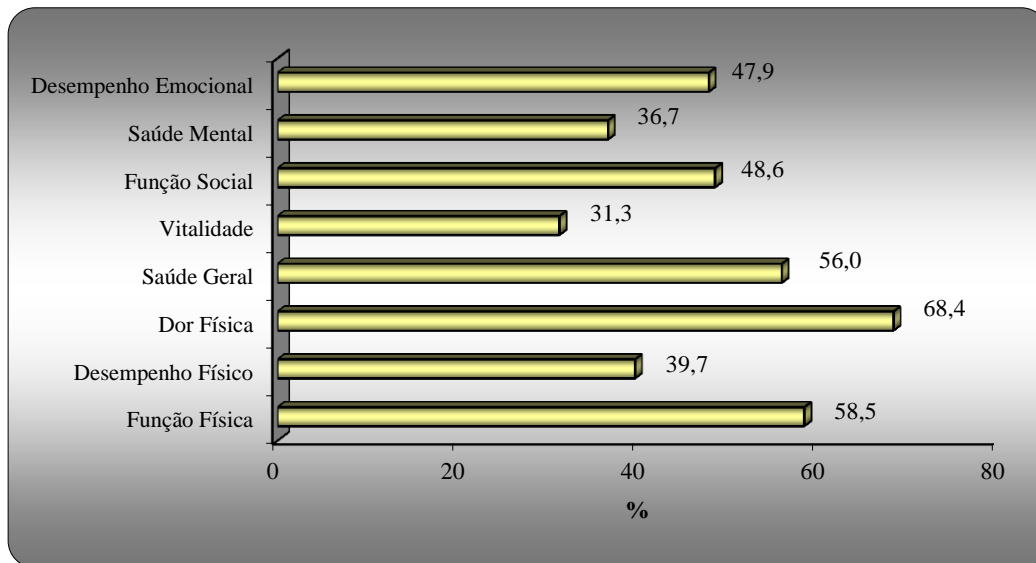
Em relação ao nível de instrução, pode observar-se no gráfico 4, que 45 indivíduos (29,8%) possuíam o 1º ciclo ou antiga 4ª classe, seguindo-se os indivíduos com o ensino secundário, 34 (22,5%), com o antigo 9º ano ou actual 3º ciclo encontravam-se 33 indivíduos (21,9%), seguindo-se os detentores do 2º ciclo, com 20 (13,2%) indivíduos, sendo que 17 (11,3%) detinham habilitações de nível de ensino superior e, por último, 2 (1,3%) indivíduos eram analfabetos.

**Gráfico 4.** Distribuição dos indivíduos quanto ao nível de instrução



Olhando agora para os resultados globais obtidos nas oito dimensões do SF-36 e pelo item de Transição em Saúde que constituem o instrumento de medição da QDV SF-36, podemos verificar no gráfico 5, que as melhores médias de QDV são obtidas nas dimensões *Dor Física* (68,4) e *Função Física* (58,5), sendo as dimensões *Vitalidade* (31,3) e *Saúde Mental* (36,7) as responsáveis pelas médias mais baixas. Cinco das oito dimensões apresentam valores médios abaixo de 50 (*Função Social*, *Desempenho Emocional*, *Desempenho Físico*, *Saúde Mental* e *Vitalidade*).

**Gráfico 5.** Resultados das médias globais obtidas nas várias dimensões do SF-36



No item de transição ou mudança em saúde (item 2), do SF-36 versão 1.0, onde o respondente sinaliza o grau de mudança em geral ocorrido na sua saúde no último ano, verifica-se que a maioria dos indivíduos sentia melhorias no seu estado de saúde (55,7%) e apenas 25,2% consideraram estar pior.

Os indivíduos do sexo masculino apresentavam níveis superiores de QDV na dimensão *Dor Física*, quando comparados com o sexo oposto (71,7% vs 62,6%). A mesma relação é observada nas dimensões: *Vitalidade*, *Função Social* e *Saúde em Geral*, embora de forma discreta. As mulheres apresentavam melhores médias na QDV relacionada com a *Função Física*, *Desempenho Físico*, *Emocional* e *Saúde Mental*. Apenas existe significância estatística (Teste de Mann-Whitney), na dimensão *Dor Física* ( $p=0,023$ ).

No que diz respeito à relação entre a idade e as dimensões do SF-36 (coeficiente de correlação de Rho de Spearman), verificaram-se elevadas associações lineares negativas entre a idade e a *Função Física*, entre a idade e a *Saúde em Geral* e entre a idade e o *Desempenho Emocional*. Entre a idade e a *Dor Física*, entre a idade e a *Vitalidade* e entre a idade e o *Desempenho Físico*, existe ainda uma associação negativa, não atingindo significância. Acresce referir que se verifica associação linear positiva entre a idade e a *Função Social*. Entre a idade e a *Saúde Mental*, apesar de existir uma associação positiva, esta não atinge significância. Pode então dizer-se que, quanto maior é a idade menor é a *Função Física*, a *Saúde em Geral* e o *Desempenho Emocional*, e que quanto maior é a idade maior é a *Função Social*.

Os indivíduos solteiros apresentavam melhor QDV nas actividades relacionadas com a *Função Física*, com o *Desempenho Físico*, com a *Saúde em Geral* e com o *Desempenho Emocional*. Eram os indivíduos divorciados os que tinham os melhores níveis de *Saúde Mental*, contrariamente às médias obtidas por eles e pelos indivíduos viúvos nas dimensões *Desempenho Emocional*, *Saúde em Geral* e *Desempenho Físico*. Existem diferenças estatisticamente significativas (teste Kruskal-Wallis), na dimensão *Função Física* ( $p=0,010$ ) e na dimensão *Desempenho Emocional* ( $p=0,030$ ), onde os solteiros têm as melhores médias.

Quando comparados o nível de instrução com as dimensões do SF36, verificamos que o mesmo apresenta significância estatística (teste Kruskal-Wallis) apenas na dimensão *Função Física* ( $p=0,007$ ). Acresce dizer, que são os indivíduos analfabetos a apresentar a média mais baixa da QDV nesta dimensão e, embora sem significância estatística, também são estes os apresentavam médias marcadamente inferiores aos outros grupos, nas dimensões *Função Mental*, *Vitalidade* e *Dor Física*.

## **6. Discussão**

Começando por analisar as características descritivas da população em estudo, verifica-se uma evidente predominância do número de elementos do sexo masculino relativamente ao sexo oposto (64,9% vs 35,1%), o que em muito se afigura à relação masculino/feminino de 2/1, proferida no PNT (DGS, 2008a). A superioridade do número de casos masculinos parece também acontecer noutros estudos relacionados com doentes com TB, Marra e colaboradores (2004), com 62% vs 38% e Dhuria e colaboradores (2008), com 56,7% vs 43,3%.

Os homens apresentavam menos *Dor Física* do que as mulheres, o que vai ao encontro do recente estudo de Unalan (2008), em que os homens apresentaram uma pontuação média de QDV superior ao sexo oposto. A mesma superioridade no sexo masculino, parece ir ao encontro da bibliografia que aponta para um impacto mais negativo e acentuado nas mulheres (Johansson & Winkvist, 2002; Sukhova, 2005; Unalan, 2008).

Analisada a idade, constata-se que à idade dos 15 aos 54 anos correspondia uma percentagem de 78,9%, semelhante aos dados divulgados pela DGS (2006a) referentes aos países em desenvolvimento, em que 75% dos casos estão na idade de maior produtividade económica (15-54 anos). A média de idade obtida foi de 42,3 anos, o que em muito se assemelha à média de idades de 41,6 anos, encontrada noutro estudo realizado no Porto

(Antas & Meneses, 2007) e também se aproxima da média nacional de 45 anos divulgada pela DGS para o ano de 2006 (DGS, 2007).

Apuraram-se correlações significativas com a idade que permitem dizer que neste grupo em estudo, são os indivíduos pertencentes às faixas etárias mais jovens (15-44) que detinham melhores médias na QDV relacionadas com a *Saúde em Geral* e com a *Função Física*, o que parece ir ao encontro do estudo de Arora, Singla & Sarin (2003), onde estes autores referiram que a recuperação dos idosos era menor quando comparada com a dos jovens. Outros autores, num estudo recente (Marra, Marra, Colley, Moadebi, Elwood & Fitzgerald, 2008), revelaram que a idade foi significativamente associada com o funcionamento físico.

A inverter esta tendência, encontra-se a *Função Social*, onde os indivíduos pertencentes a faixas etárias com idades superiores a 44 anos apresentavam níveis de QDV superiores aos mais jovens. Este facto poderá ser explicado pela vida social activa que é socialmente mais atribuída aos jovens, mais dependentes dos grupos de amigos e que, por supressão desta actividade lúdica, sentem-se mais penalizados, evidenciando menores médias de QDV neste domínio. Marra e colaboradores (2004) referiram no seu estudo que a TB foi causadora de perturbação nas interacções com os amigos e nas relações sociais e de lazer.

Em relação ao estado civil, encontram-se maioritariamente indivíduos no estado de solteiro (45,7%), seguindo-se o estado de casado/união de facto com 41,1%, dados semelhantes a um estudo realizado por Marra & colaboradores (2004). São os indivíduos solteiros e divorciados os que apresentavam melhor QDV nas actividades relacionadas com a *Função Física*. Os indivíduos solteiros mantinham as melhores médias relacionadas com o *Desempenho Emocional*, contrariamente aos divorciados que apresentam a média mais inferior neste domínio da QDV, o que poderá, segundo os autores anteriormente referidos, estar relacionado com as perturbações conjugais provocadas pela doença.

## **7. Conclusões**

A Organização Mundial de Saúde assumiu, desde 1993, a Tuberculose como uma emergência mundial. O controlo da doença é implementado pela estratégia DOTS (Direct Observed Therapy Short Course) através de tratamentos standardizados, em regime de Toma Observada (TOD) de forma a maximizar o sucesso do tratamento e a evitar a

multirresistência. A monitorização dos problemas vivenciados por estes doentes é ainda pouco conhecida.

O tratamento sob o regime de TOD é encarado como uma evidente garantia para que o controlo da TB aconteça. Por tudo o que foi descrito neste estudo, pode concluir-se que a TP afecta múltiplos domínios da QDV, causando diversas perturbações, sofrendo influências pelas características descritivas dos indivíduos. O conhecimento e a divulgação da percepção dos utentes tornam-se necessários para a perseguição da melhoria contínua dos cuidados prestados nos serviços de saúde. Pretende-se que este estudo seja impulsionador de uma intervenção mais direccionada e assertiva. Sendo o utente, o cliente mais importante dos serviços de saúde e acreditando que “a qualidade é ir ao encontro das necessidades do cliente – quer estas sejam explícitas ou implícitas”, (Martin & Henderson, 2004, p. 172), é importante conhecer a QDV da pessoa com tuberculose em regime de toma observada, no sentido de compreender para melhorar, possibilitando a promoção de estratégias pró-activas e de redução de danos, na perseguição da melhoria da QDV, promovendo o sucesso do seu tratamento, alcançando a cura, caminhando no sentido da obtenção do controlo global da Tuberculose. A actuação organizada e articulada das várias estruturas e dos profissionais de saúde envolvidos no combate à doença, resultará, sem dúvida, num progressivo controlo da doença.

### **Referências bibliográficas**

- Antas, A., & Meneses, R. F. (2007). *Qualidade de vida de indivíduos com tuberculose pulmonar em tratamento ambulatorio*. Tese de mestrado não-publicada. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Antunes, A. F. (2002). *Tuberculose nos Países de Língua Portuguesa (PLP)*. 3º Congresso - Comunicação - Tema: Tuberculose e HIV, 06 Novembro. Recuperado em 2 de Fevereiro 2009, de [http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=123](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=123).
- Arora, V. K., Singla, N., & Sarin, R. (2003). Profile of geriatric patients under DOTS in resised national tuberculosis control programme. *Indian Journal of Chest Diseases & Allied Sciences*, 45, 231-235. Recuperado em 12 Julho 2008, de <http://medind.nic.in/iae/t03/i4/iaet03i4p231.pdf>.
- Dhuria, M., Sharma, N., & Ingle, G.K. (2008). Impact of Tuberculosis on the quality of life. *Indian Journal of Community Medicine*, 33 (1), 58-59. Recuperado em 2 Novembro 2008, de <http://www.ijcm.org.in>.

- Direcção Geral da Saúde (2007). *Tuberculose: Ponto da situação em Portugal em 2006, dados preliminares em Março de 2007*. Recuperado em 11 Janeiro 2008, de [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009162.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009162.pdf).
- Direcção Geral da Saúde. (2006a). *Linhas Orientadoras para Programas Nacionais*. Lisboa: Autor.
- Direcção Geral da Saúde. (2008a). *Seminário sobre definição de caso de TB: Notas prévias. Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose*, 17 e 18 Dezembro.
- Direcção Geral da Saúde. (2010). *Relatório Para o Dia Mundial da Tuberculose. Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose*.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63.
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF 36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Johansson, E., & Winkvist, A. (2002). Trust and transparency in woman encounters in tuberculosis control: Lessons learned from Vietnam. *Quality of Life Research*, 12 (4), 473-491. Recuperado em 14 Dezembro 2007, de <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/4/473>.
- Marra, C. A., Marra, F., Colley, L., Moadebi, S., Elwood, K., & Fitzgerald, J. M. (2008). Health-related quality of life trajectories among adults with tuberculosis. *CHEST*, 133, 396-403.
- Marra, C. A., Marra, F., Cox, V. C., Palepu, A., & Fitzgerald, J. M. (2004). Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2 (58), 1-10.
- Martin, V., Henderson, E. (2004). *Gestão de unidades de saúde e de serviços sociais*. Lisboa: Monitor.
- Pandit, N., & Choudhary, S. K. (2006). A study of treatment compliance in directly observed therapy for tuberculosis. *Indian Journal of Community Medicine*, 31 (4), 241-243. Recuperado em 2 Novembro 2008, de <http://www.ijcm.org.in>.
- Reigota, R. M. S., & Carandina, L. (2002). Implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP: Avaliação da tuberculose pulmonar, 1999/2000. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 10 (1), 23-30.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Schmetana, A., Fleitas, L., Pereira, R. R., & Nakamura, E. K. (2008). Tuberculose: Prioridade de saúde pública. Recuperado em 22 Agosto 2008, de [http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista\\_enfermagem/oitavo\\_b\\_noite/artigo22.pdf](http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/oitavo_b_noite/artigo22.pdf).

Sukhova, E. V. (2005). The satisfaction of personal needs in patients with pulmonary tuberculosis [Abstract]. *Problemy Tuberkuleza i Boleznei Legkikh*, 1, 47-50. Recuperado em 12 Novembro 2008, de [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=15801639&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15801639&dopt=Abstract).

Unalan, D. (2008). Quality of life in active and inactive cases with tuberculosis and its relationship to the levels of state-trait anxiety. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9 (1), 22-30. Recuperado em 25 Fevereiro 2009, de <http://openmed.nic.in/2755/>.





## Combater as barreiras à prática de uma alimentação saudável

Dina Raquel Batista Ferreira<sup>1</sup>

**Resumo:** Os principais problemas de saúde que se registam a nível global estão relacionados com a alimentação, sendo as causas directas ou indirectas das principais morbilidades dependentes da ingestão alimentar. O acesso e a divulgação de informações referentes à alimentação saudável são hoje crescentes, chegando a um número cada vez maior de indivíduos. Contudo, apesar de já começarem a ser conhecidos os benefícios da prática de uma alimentação saudável, a maioria dos indivíduos não segue estas recomendações. Isto prende-se com o facto da alimentação ser um acto muito complexo, que envolve o indivíduo como um todo e que recebe a influência de tudo o que o rodeia. Deste modo, as práticas alimentares estão dependentes de fenómenos que o indivíduo experimenta desde muito cedo e que continua a vivenciar ao longo de toda a sua vida, podendo estes influenciar a alimentação de diversos modos. As características biológicas e do meio envolvente que podem afectar as escolhas alimentares são inúmeras e o modo como o fazem variadíssimo, dependendo do indivíduo e de toda a sua estrutura. Assim, é necessário um esforço conjunto e abrangente para criar as condições necessárias às alterações dos padrões de alimentação até chegar à alimentação saudável.

**Palavras-chave:** Alimentação Saudável, Barreiras, Soluções

---

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, [dina\\_fmx@hotmail.com](mailto:dina_fmx@hotmail.com).

## Introdução

As mudanças na estrutura da sociedade contemporânea e nos modos de vida dos grupos de indivíduos têm profundos impactos na saúde da população. Nas últimas décadas tem-se vindo a assistir a um aumento do número de casos de problemas de saúde relacionados com a alimentação, o que representa um problema de saúde por si só, mas também como promotores de outras situações clínicas.

Cada vez mais se verifica que estas situações ocorrem por todo o globo, independentemente do sexo, idade, classe social e país. A saúde é influenciada por diversos factores (genéticos, sociais, exposições ambientais, padrões comportamentais e cuidados de saúde), sendo o comportamento pessoal o seu maior determinante. Como tal, a alimentação tem um impacto decisivo na saúde dos indivíduos e das populações, desempenhando um papel crucial na prevenção ou manutenção de diversas doenças. Assim, a Alimentação é uma poderosa ferramenta de prevenção primária, sendo por si só, um determinante de saúde. Como tal, é urgente tomar medidas que melhorem os hábitos e as práticas alimentares das populações a nível global. Neste sentido, é necessário observar os conhecimentos e atitudes dos indivíduos e dos grupos, identificar as causas e as condicionantes do estado de saúde das populações, estudar políticas públicas e iniciativas da sociedade que ajudem a ultrapassar as barreiras à prática de uma alimentação saudável e abarcar as contribuições de cada sector da sociedade para gerar várias acções efectivas.

As práticas alimentares estão intimamente ligadas a mudanças sociais, técnicas, biológicas, psicológicas, como também de poder e informação. O ser humano, além de escolher aquilo que come considera também outros aspectos inerentes ao acto da alimentação, como as distintas formas de preparação e conservação de alimentos, as quantidades, os horários, os momentos especiais, os locais e a comensalidade. Esse conjunto de itens compõe diferentes práticas alimentares que se relacionam às experiências socioculturais e às representações colectivas.

Em cada grupo etário ou etapa de vida, o consumo de alimentos e os modos de se alimentar podem ser influenciados por questões fisiológicas e emocionais, pela cultura, pela situação socioeconómica e nem sempre vão estar de acordo com o conhecimento científico em Nutrição. A verdade é que com toda a informação e os meios de comunicação que actualmente se encontram ao dispor da maioria das pessoas, deixou de ser novidade que a alimentação é um fenómeno muito importante e que uma alimentação saudável é

promotora de saúde. Também as informações sobre que alimentos devemos ou não ingerir são crescentes e acessíveis a um número cada vez maior de indivíduos, mas ainda assim, muita gente continua a alimentar-se de forma inadequada, verificando-se uma grande discrepância entre aquilo que são as recomendações e as práticas alimentares. Então, o que é que falha? Porque será tão difícil ter uma alimentação saudável? Porque crescem tanto os números de situação de patologias relacionadas com a alimentação?

O objectivo deste trabalho é perceber porque é realmente tão complicado praticar uma alimentação saudável e identificar os motivos que transformam uma necessidade básica, como a alimentação, numa das principais causas de morte e morbilidade em todo o mundo. Pretende-se identificar algumas das barreiras habitualmente referidas pelas pessoas como condicionantes à prática de uma alimentação saudável, e encontrar e propor medidas que permitam ultrapassar esses obstáculos e travar o crescimento das enfermidades relacionadas com a alimentação, numa tentativa de promover hábitos alimentares saudáveis, melhorar o estado nutricional e fornecer condições para a realização de escolhas alimentares adequadas e acessíveis a toda a população.

## **Resultados**

A principal razão que poderá explicar porque motivo é tão difícil praticar uma alimentação saudável prende-se com o facto de a saúde não ser o único elemento a influenciar a escolha alimentar. A Alimentação está presente no dia-a-dia de cada indivíduo como garantia de sobrevivência, mas também como contributo para o seu bem-estar e como importante fonte de prazer. Este fenómeno está, desde sempre, presente na vida das pessoas e é influenciado por tudo o que delas faz parte. Assim, o consumo alimentar espelha a cultura, a situação demográfica, a estrutura familiar e de trabalho, a escolaridade e as tendências sócio-económicas da sociedade, o rendimento das famílias e a sua capacidade de consumo, a preocupação com a saúde e com a inocuidade dos alimentos, entre tantos outros. Uma vez que a alimentação é influenciada por inúmeros factores, são também muitos os determinantes que condicionam a prática de uma alimentação saudável, pelo que a promoção desta requer o envolvimento de vários campos, para além da nutrição e da saúde.

A alimentação constitui um hábito, um comportamento, e, com tal, depois de aprendida dificilmente se alterará. Não é ao acaso que a maioria das pessoas refere ter dificuldades em praticar uma alimentação saudável, surgindo assim um conjunto de

situações que representam as principais barreiras encontradas à prática de uma alimentação saudável. Estas podem ser agrupadas em hábitos alimentares, estilos de vida, oferta alimentar e motivação. Para todas elas existem inúmeros factores que as tornam obstáculos à alimentação saudável, mas existem também vários modos de ultrapassar estas barreiras e assim conseguir praticar uma alimentação saudável.

### **Hábitos alimentares**

Existem mecanismos fisiológicos inatos que influenciam as nossas preferências alimentares, contudo, também os factores ambientais desempenham um importante papel nas nossas escolhas e práticas alimentares.

As práticas alimentares nas crianças e jovens são maioritariamente dependentes das escolhas feitas pelos encarregados de educação, nomeadamente as refeições realizadas em casa. Contudo, as crianças/jovens passam cada vez menos tempo com os seus encarregados de educação, ficando muitas vezes a sua alimentação inteiramente dependente das suas próprias escolhas. Ainda assim, a alimentação deste grupo é grandemente determinada pelos hábitos que aprendem em casa e pelos exemplos dados pelos adultos que constituem os seus modelos.

Quando existe a possibilidade de escolha dos alimentos a ingerir, as opções de alimentação dos indivíduos são condicionadas por muitos factores, tais como os hábitos alimentares que adquiriram durante a infância, as influências culturais, que correspondem a crenças ou ideias, podendo ser relativas à imagem corporal, aos significados atribuídos aos alimentos, ao uso da comida como forma de recompensa, castigo ou fonte de prazer. Também as questões ideológicas como preocupação com o ambiente, valores políticos e religiosos, entre outros, podem afectar a ingestão de alimentos.

### **Oferta alimentar**

A oferta alimentar é outra das grandes condicionantes da alimentação, correspondendo aos alimentos que são disponibilizados, ao conhecimento e informação sobre os mesmos, ao preço a que são disponibilizados, bem como às condições necessárias para a aquisição e consumo dos mesmos.

Os alimentos disponíveis no mercado são cada vez em maior quantidade e variedade, tanto os alimentos saudáveis como os alimentos menos adequados do ponto de vista nutricional. Esta oferta crescente tem promovido um maior consumo geral de alimentos,

mas são sobretudo os alimentos menos saudáveis que vêm o seu consumo aumentar. Isto prendesse com vários factores, entre os quais se podem destacar as fortes campanhas publicitárias associadas aos alimentos menos saudáveis, a maior conveniência e acessibilidade dos mesmos e a associação destes a comida fácil e barata, enquanto os alimentos saudáveis são tidos como mais caros e menos apelativos. Por outro lado, o aumento de alimentos disponibilizados leva a que muitas vezes os indivíduos não conheçam o que adquirem ou consomem, já que, apesar da rotulagem ser uma prática comum, a maioria dos indivíduos não consegue interpretar a informação contida nos rótulos.

### **Estilos de Vida**

Os estilos de vida actuais são complexos e podem passar por horários muito preenchidos e irregulares, sendo frequente as pessoas referirem ausência de tempo para dedicar à alimentação, nomeadamente na compra e preparação das suas refeições. Assim, recorrem habitualmente a produtos de conveniência, como alimentos embalados, refeições pré-cozinhadas, fast-food e restauração, em vez de cozinharem a partir de ingredientes básicos, sendo que estas alternativas nem sempre conseguem dar resposta às necessidades de uma alimentação saudável.

Por outro lado, passar mais tempo fora de casa implica realizar as refeições no exterior e nem sempre é fácil conseguir comer de forma saudável. Dos alimentos disponíveis, estes podem não ser economicamente acessíveis, ou podem não ser adequados do ponto de vista nutricional. Há ainda as condicionantes do tempo disponível para realizar as refeições e a influência das pessoas com que se partilham as refeições.

Também as crianças e jovens são afectados pelos estilos de vida actuais, já que passam grande parte do dia na escola, onde realizam muitas das suas refeições, ou até mesmo a totalidade das refeições diárias. Estas podem ser adquiridas na escola ou levadas de casa, com ou sem apoio de adultos. Independentemente da refeição, o que se verifica na maioria das escolas, é uma clara ausência de regras quanto aos alimentos a disponibilizar e a falta de formação em nutrição, não havendo promoção do consumo de alimentos saudáveis ou despromoção dos restantes. Assim, as práticas alimentares dos alunos estão dependentes dos seus hábitos, das influências dos colegas, da acção dos professores e auxiliares de educação, bem como dos alimentos disponibilizados. Também o pouco tempo que os pais passam com os filhos representa uma condicionante da alimentação das crianças e dos jovens, já que não podem supervisionar as refeições destes nem controlar os alimentos que

estes ingerem, o que é agravado pelo facto de ser cada vez mais fácil o acesso aos alimentos pouco saudáveis. Por outro lado, muitos pais utilizam os alimentos como forma de compensarem os filhos pela sua ausência.

### **Motivação**

Os principais estímulos que conduzem as pessoas a optar pela prática de uma alimentação saudável são moderados pela motivação destas em seguir tais orientações, o que, por sua vez, está relacionado com inúmeros factores. Exemplos desses factores são o nível de conhecimento e o estado de saúde actual, ou seja, os indivíduos tendem a seguir uma alimentação saudável se acreditarem que esta lhes é pessoalmente útil. O problema é que muitas pessoas consideram que não necessitam de alterar os seus hábitos alimentares, julgando realizar uma alimentação suficientemente saudável.

A atractividade dos alimentos é sem dúvida uma das principais condicionantes da alimentação, sendo que as refeições saudáveis são conotadas como sendo monótonas, pouco saborosas ou não saciantes, ao contrário da maioria dos alimentos pouco saudáveis, que apresentam elevada palatabilidade e são bastante atractivos. Este facto faz com que seja necessária grande força de vontade por parte dos indivíduos para optarem por alimentos saudáveis no momento da aquisição e/ou consumo de refeições. Por outro lado, quanto maiores as alterações de hábitos alimentares necessárias, maior tem de ser a motivação dos indivíduos, não só para mudar as suas práticas mas, sobretudo, para manter essas mudanças.

Também os factores cognitivos têm um forte peso no que se ingere, já que para muitos indivíduos a ingestão de alimentos está associada a impulsos, à falta de autocontrolo ou à dificuldade em resistir a determinados alimentos. Por outro lado, a alimentação pode funcionar também como resposta emocional aos problemas, sendo utilizada pelos indivíduos como forma de compensação e modo de lidar com determinados estados de espírito. Ainda a influência dos pares, presente desde que se inicia o processo de socialização, condiciona todas as práticas relacionadas com a alimentação, desde o que se ingere até às condições em que isso é feito, sendo bastante frequente assistir-se à associação entre processos de convívio e a realização de refeições, geralmente incluindo alimentos pouco saudáveis e em grandes quantidades.

## **Discussão**

É necessário, portanto, compreender o processo de ingestão do ponto de vista psicológico e sociocultural e conhecer as atitudes, crenças e outros factores que influenciam o processo de decisão, no sentido de tornar mais eficazes as medidas de promoção da saúde e de melhorar os hábitos e os comportamentos alimentares.

Apesar de serem conhecidas as implicações para a saúde do consumo exagerado de dietas desequilibradas, alterar os hábitos alimentares é tarefa difícil de conseguir. Mais difícil ainda será manter as mudanças entretanto realizadas. Assim, combater os problemas relacionados com a alimentação e melhorar o estado nutricional das populações passa por diversas acções políticas, sociais e educacionais, não se podendo limitar a acções isoladas. Serão então necessárias medidas de saúde pública, iniciativas de educação e de planeamento comunitário, no sentido de melhorar a disponibilidade e acessibilidade a alimentos saudáveis, bem como para encorajar o seu consumo. As várias barreiras e obstáculos à prática de uma alimentação saudável não afectam de igual modo toda a população, sendo alguns dos aspectos mais dirigidos a determinadas classes sociais e grupos etários que outros, pelo que as medidas devem encontrar soluções que ajudem a melhorar os hábitos alimentares e o estado de saúde, assegurando que todos os indivíduos têm igual acesso a elas.

## **Hábitos alimentares**

Os comportamentos alimentares da idade adulta estão claramente relacionados com os hábitos alimentares aprendidos na infância, verificando-se uma elevada resistência à alteração da alimentação, pelo que é fundamental estabelecer desde cedo boas práticas de alimentação. Apesar de existirem muitos factores externos à família que podem dificultar uma alimentação saudável, os pais podem e devem desde cedo intervir, recorrendo a um conjunto alargado de recursos que promovam hábitos alimentares saudáveis, como a promoção da eficácia dos sistemas de auto-regulação alimentar e a redução da exposição da criança a sabores salgados e doces. Os valores, atitudes e estilos parentais são considerados factores importantes na aquisição de preferências alimentares, sendo o seu papel como modelos do comportamento alimentar crucial na construção de hábitos alimentares. Contudo, os pais não podem actuar isoladamente, sendo também importante a contribuição conjunta com a escola, com os profissionais de saúde e com todos os que participam na vida

das crianças, no sentido de promover o desenvolvimento de atitudes promotoras de uma alimentação adequada.

Como membros de uma sociedade, os hábitos alimentares dos indivíduos são também moldados pela cultura em que está inserido, desde a produção e obtenção dos alimentos, até aos alimentos que são consumidos e o modo como o são, tendo os determinantes cognitivos do comportamento alimentar, como as crenças, um papel significativo nas escolhas alimentares.

As práticas alimentares são influenciadas pelo conhecimento nutricional difundido pelos profissionais de saúde, mas este é reinterpretado com base na cultura, nas representações sociais, nas observações, experiências e condições de vida. Cabe então aos profissionais de saúde a promoção de hábitos alimentares saudáveis que estejam de acordo com as atitudes e crenças das populações, devendo aproveitar-se o que cada cultura tem de bom e tentar transformar os hábitos menos saudáveis em práticas mais correctas.

### **Oferta alimentar**

Genericamente falando, pode afirmar-se que as dietas alimentares baseadas em açúcares, óleos, margarinas e cereais refinados são financeiramente mais acessíveis aos consumidores do que as dietas alimentares constituídas por carne magra, peixe, vegetais frescos e fruta, aumentando o seu consumo. Tal pode explicar-se pelo facto de os alimentos como os cereais, açúcares e gorduras serem mais estáveis, logo mais fáceis de produzir, processar, transportar e armazenar. Neste sentido, é necessária uma intervenção direccionada aos consumidores, sensibilizando-os para esta situação e ajudando-os a ultrapassá-la, sendo a educação e sensibilização ao consumidor uma poderosa ferramenta. O objectivo da educação alimentar deve ser a consciencialização do consumidor para a importância de praticar uma alimentação saudável, tendo a preocupação de o ensinar a fazê-lo da melhor forma possível.

Se o consumidor tiver noção das quantidades e dos alimentos que deve consumir, isso terá implicações na sua saúde, mas também a nível financeiro. Por outro lado é possível capacitar os indivíduos para a preparação de refeições saudáveis, económicas e de forma rápida, nomeadamente refeições que podem ser facilmente transportadas, por exemplo para o emprego ou para os lanches escolares. A promoção de produtos locais e de produtos sazonais tem também várias vantagens para o consumidor, já que os alimentos podem ser produzidos e comercializados com menos custos, apresentando-se mais acessíveis, tendo



melhor qualidade nutricional, uma vez que não serão colhidos tão prematuramente e não decorrerá tanto tempo desde a sua colheita até ao seu consumo, chegando mais frescos ao consumidor.

O controlo e a redução dos desperdícios por parte de cada consumidor terá um impacto positivo na redução dos custos com a alimentação, devendo estes começar no momento da compra. Também no momento do armazenamento existem alguns cuidados importantes, assim como na preparação e confecção dos alimentos. Mesmo depois de confeccionados os alimentos, estes podem ser reutilizados, evitando assim os desperdícios. É ainda necessário promover a capacitação do consumidor para a leitura de rótulos, explicando os conceitos básicos de alimentação e nutrição, bem como o modo de interpretar as informações contidas nesta ferramenta, permitindo-lhe assim fazer melhores escolhas no momento da aquisição dos alimentos.

A facilidade e rapidez com que se obtêm os alimentos são factores cada vez mais importantes nas escolhas alimentares, sendo que os consumidores orientam as suas escolhas em função da conveniência, procurando refeições/alimentos prontos a consumir, que possam ser adquiridos e consumidos rapidamente, que sejam práticos e fáceis de transportar e de ingerir. Igualmente nesta situação, a promoção de boas práticas alimentares passa pela educação, no sentido de apresentar ao consumidor alternativas saudáveis e igualmente práticas e acessíveis.

Já no que respeita às campanhas publicitárias, os objectivos para as práticas alimentares saudáveis só serão alcançados quando o meio envolvente colaborar nesse sentido, pelo que é necessário aplicar medidas de restrição na publicidade e mensagens de marketing que são transmitidas, em especial nas que se destinam a crianças e a outros grupos mais susceptível. Uma vez que a influência da publicidade nos hábitos alimentares depende da receptividade dos indivíduos às informações transmitidas, também a educação e a informação surgem como medida de combate às campanhas de publicidade.

### **Estilos de Vida**

É nas idades escolares que as crianças e jovens aprendem a comer e desenvolvem os hábitos alimentares e nenhuma outra Instituição possui um contacto tão directo e intenso com estes grupos como a escola, constituindo assim um local preferencial para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis. Contudo, são imensos os erros alimentares que habitualmente se verificam nestas faixas etárias, nomeadamente nas

refeições realizadas na escola. Os factores que contribuem para esta situação são vários, desde os maus hábitos alimentares dos alunos, que fazem com que muitas vezes estes não recorram aos alimentos saudáveis que são disponibilizados na escola, ou o desinteresse dos professores e auxiliares, que não se empenham devidamente no incentivo ao consumo de alimentos saudáveis, o desconhecimento ou despreocupação de quem prepara os lanches das crianças, ou ainda a falta de acompanhamento da própria escola, quando não controla as ementas e os alimentos disponibilizados e acessíveis aos alunos. Assim, para que este espaço seja utilizado na aprendizagem e realização de práticas alimentares saudáveis é necessário intervir em várias vertentes, quer na educação aos professores e auxiliares, como aos pais e aos alunos. Só motivando todos os envolvidos e criando as condições e o ambiente necessários será possível fazer da escola um meio onde a alimentação saudável é uma rotina e uma prática diária.

Já no que respeita aos adultos, os espaços de trabalho permitem tanto a realização de programas de educação alimentar como a criação das condições necessárias à sustentação das práticas de alimentação saudável, quer pela actuação global e generalizada em todos os membros da equipa de trabalho, quer pela disponibilização dos alimentos adequados. Portanto, estes programas, para além de enriquecer os indivíduos com os conhecimentos necessários à prática de uma alimentação saudável, permitem também criar um ambiente propício à aplicação desses conhecimentos.

### **Motivação**

Os atributos sensoriais são referidos como um dos principais critérios de escolha alimentar e também um dos principais obstáculos à adopção de uma alimentação saudável. Uma alimentação saudável não tem de ser, de modo algum, sem sabor ou pouco apelativa. Para melhorar a adesão das pessoas a uma alimentação equilibrada é necessário incrementar o prazer associado ao consumo de alimentos saudáveis, surgindo assim a educação como uma importante ferramenta que permite associar os conhecimentos nutricionais com os conhecimentos gastronómicos, incentivando o uso de determinados alimentos saudáveis e com características agradáveis em detrimento de outros menos saudáveis.

Das motivações a longo prazo que poderão incentivar os indivíduos a praticar uma alimentação saudável encontram-se os benefícios de saúde e os relacionados com a aparência do corpo. Contrariamente aos aspectos sensoriais dos alimentos, cujos efeitos no

indivíduo são imediatos, os benefícios associados à prática de uma alimentação saudável são relacionados com o futuro longínquo, são incertos e dificilmente perceptíveis. Por outro lado, o estado de saúde é um dado adquirido e não é devidamente valorizado até surgirem as situações de doença.

Independentemente das motivações que levem os indivíduos a praticar uma alimentação saudável, estas devem ser tidas em consideração nos programas de promoção de boas práticas alimentares, sendo que a alteração de hábitos alimentares e a sua manutenção só serão possíveis se os indivíduos estiverem motivados e capazes de processar as informações. Sejam quais forem as motivações, um indivíduo só as seguirá se achar que são pessoalmente relevantes e se o ambiente que o rodeia o facilitar.

Quando a alimentação adquire um significado psicológico torna-se um acto mais complexo, deixando de ser uma simples forma de obter nutrientes e passando a ser utilizada como compensação para os estados psicológicos, estando a ingestão dependente dos estados emocionais. É preciso ajustar a ingestão às necessidades fisiológicas, libertando-a das condicionantes psicológicas e culturais, modificando as atitudes relativas ao corpo e à saúde. É necessário que o indivíduo desenvolva a consciência do que come e aprenda a interpretar e a reagir aos sinais de fome e de saciedade. Para isso é necessário um trabalho continuado com os indivíduos, passando sobretudo pela educação.

Assegurar a alimentação não é suficiente, pelo que a educação alimentar se apresenta como uma ferramenta imprescindível para o combate dos problemas nutricionais. As acções de educação alimentar visam a apresentação de soluções para problemas específicos encontrados pela população a que se destinam, visando a capacitação dos indivíduos para lidar com essas situações.

Independentemente das barreiras que dificultem a realização de uma alimentação saudável, todas elas podem ser reduzidas ou minimizadas através da educação e nenhuma delas pode ser completamente ultrapassada se os indivíduos não forem ensinados e preparados para tal. Portanto, um indivíduo consciente e conhecedor de como praticar uma alimentação saudável e dos benefícios associados a esta, quando na presença de um ambiente promotor de bons hábitos alimentares, sentir-se-á motivado e capaz de seguir uma alimentação saudável.

## Conclusão

A manifestação crescente de doenças não transmissíveis tem como uma das principais causas os hábitos alimentares desadequados, associados às mudanças dos estilos de vida. Para se alterarem os estilos de vida das pessoas e melhorar o seu estado de saúde é necessário dar prioridade e valorizar os indivíduos, fazê-los sentir que recebem orientação, compreensão e acompanhamento. No âmbito da nutrição e alimentação, para que a melhoria do estado nutricional das populações seja alcançado, são necessárias mudanças e alteração de rotinas que passarão, antes de mais, pelo aumento do número de profissionais a trabalhar nesse sentido. Por outro lado, é necessário expandir os cuidados prestados, desenvolver programas e actividades capazes de potenciar o impacto na saúde, trabalhar e utilizar o máximo de recursos disponíveis, desde recursos humanos a recursos materiais, bem como envolver a comunidade nos projectos, interagir com os indivíduos, identificar necessidades e estudar medidas. Só partindo de uma acção conjunta e prolongada no tempo é possível garantir equidade e melhores condições de saúde e qualidade de vida, bem como assegurar o direito humano à alimentação adequada e capaz de responder a todas as necessidades.

O trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais, nomeadamente os nutricionistas, juntamente com todos os outros elementos e órgãos das comunidades, passa por sensibilizar e educar os indivíduos para a alimentação saudável, apresentando evidências dos benefícios associados a esta, bem como dos meios disponíveis que permitem fazer da alimentação saudável um hábito e uma prática diária. Os indivíduos precisam de ser informados acerca da importância de uma alimentação equilibrada e de como a fazer, desde os alimentos a utilizar, ao modo de os utilizar e de que forma uma alimentação saudável pode ser integrada nas práticas do dia-a-dia.

Portanto, o trabalho que há a fazer para promover bons hábitos alimentares e consequentemente um melhor estado nutricional e de saúde é grande. Esta tarefa implica necessárias e urgentes mudanças a vários níveis da sociedade e do individuo, uma vez que, quanto mais cedo se intervir, menores serão os danos resultantes.

# Qualidade de vida dos idosos

Duarte, Ana Margarida; Farias, Gabriela Maria; Silva, Mariana Sofia; Martins, Rosa

## 1 - Introdução

O envelhecimento é inequivocamente uma das mudanças mais significativas deste século no que respeita à estrutura populacional mundial. Esta mudança processa-se de uma forma não uniforme, e deve-se sobretudo à diminuição acentuada da taxa de natalidade, à diminuição da taxa de mortalidade infantil e aumento da esperança média de vida.

Mas as questões do envelhecimento não constituem por si só uma novidade, uma vez que sempre existiu uma natural tendência em pesquisar e estudar este processo. O que de facto se torna novidade é a consciência do fenómeno: o significativo aumento do número de idosos em todo o mundo.

Neste contexto de transformações mundiais também o nosso país sofre uma nova fase de evolução demográfica. Profundos desequilíbrios demográficos regionais não deixam de se acentuar no espaço nacional, as migrações internas e o despovoamento do interior do país que lhe está associado, acarreta assimetrias estruturais que levam inequivocamente a dificuldades acrescidas no que concerne à Qualidade de Vida da população.

Propomo-nos com este trabalho, realizar uma pesquisa tipo descritivo-correlacional, tendo como objectivo geral o estudo dos factores pessoais e situacionais e a sua influência na Qualidade de Vida dos Idosos, que residem no Domicilio, Lar e que frequentam Centro de Dia, com base num conjunto de variáveis sócio-demográficas e psicossociais que seleccionamos. Partimos para esta investigação com algumas interrogações, às quais gostaríamos de dar resposta, no sentido de podermos contribuir para a melhoria da prática de cuidados. Assim questionámo-nos sobre:

- Quais são as necessidades sentidas pelos Idosos como cobertas ou não cobertas?
- Qual a influência das variáveis sócio demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, agregado familiar e a classificação social) e a Qualidade de Vida dos Idosos?

- Qual a relação entre as variáveis psicossociais (o estado mental e a depressão) e a Qualidade de Vida dos Idosos?
- Qual a influência do local de residência na Qualidade de Vida dos Idosos?

Em conformidade, para este estudo traçamos os seguintes objectivos: Conhecer as características sócio demográficas da população idosa em estudo; Conhecer as condutas depressivas da população idosa em estudo; Conhecer o estado mental dos idosos em estudo; Identificar as variáveis sócio demográficas que mais influenciam a Qualidade de Vida dos Idosos da população em estudo; Identificar as variáveis psicossociais que mais influenciam a Qualidade de Vida dos Idosos da população em estudo; Identificar as necessidades sentidas pelos Idosos da população em estudo.

O objectivo geral desta investigação é assim o estudo dos factores pessoais e situacionais e a sua influência na Qualidade de Vida dos Idosos, com base num conjunto de variáveis sócio-demográficas e psicossociais que seleccionamos.

## **2 - Enquadramento teórico**

O envelhecimento demográfico é uma realidade mundial e sobretudo da Europa, afectando todos os países que a integram. Manifestando-se como um processo dinâmico é comum definir-se o envelhecimento demográfico a partir do momento em que a percentagem de população idosa na população total aumenta quer como consequência da perda relativa da população jovem ou da população em idade activa, ou de ambas (GONÇALVES & CARRILHO 2007).

As alterações demográficas do último século, na população portuguesa que se traduziram na modificação e na inversão das pirâmides das idades, vieram colocar aos governos, às famílias e a sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (DGS, 2006). Do ponto de vista da colectividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais exigindo o seu envolvimento e co-responsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas (DGS, 2006).

A qualidade de vida apresenta-se como uma área de estudo profundamente actual e que tem desafiado inúmeros investigadores ligados às mais diversas ciências e disciplinas, como sejam, a filosofia, a sociologia, a economia, a psicologia, a medicina e a enfermagem.

VILAR e SALGADINHO (2004) referem que o Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS define QDV como “a percepção do indivíduo da 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”. Em relação aos domínios ou dimensões que podem medi-la, o mesmo organismo defende a quantificação englobando seis domínios específicos: físico, psicológico, nível de dependência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais. Perante este cenário complexo de factores influentes na QDV do idoso, o conceito de qualidade de vida não é susceptível de uma definição simples.

MARTINS (2004) diz-nos que alguns estudos realizados em vários pontos de Portugal mostraram que a maioria da população idosa tem qualidade de vida até aos 84 anos, é do sexo feminino, vive na própria casa, tem comunicação com o mundo exterior, e os recursos económicos são suficientes apenas para as necessidades básicas. Os factores que mais contribuem para uma melhor qualidade de vida segundo estes estudos são as actividades de vida diárias executadas sem ajuda, a relação familiar com integração familiar funcional e a comunicação alargada ao mundo exterior.

A idade constitui um factor que influencia a qualidade de vida do idoso. RODRIGUES & LEAL (2004) referem que sujeitos entre os 65 e os 74 anos, quando comparados com sujeitos com mais de 75 anos, registaram índices de QDV mais altos nos domínios do funcionamento físico, desempenho físico, funcionamento social, dor e saúde geral e saúde mental.

De entre os factores sociodemográficos com influência na QDV, o estado civil é um dos mais importantes. Diversas investigações documentam, conforme refere SIMÕES (2006), que os indivíduos casados, ou em união de facto, mostram ser mais felizes e gozar de melhor saúde física e mental do que os não casados, quer estes sejam solteiros, viúvos, divorciados ou separados. O matrimónio é a fonte principal de apoio social para a maioria das pessoas – apoio de índole emocional, material e relacional.

Num estudo de RODRIGUES & LEAL (2004), verificou-se que os idosos solteiros e casados apresentam melhores índices de QDV quando comparados com os idosos viúvos. A viuvez está associada a maior vulnerabilidade a sintomas depressivos, à SOLIDÃO.

No estudo de MARTINS (2004), são os idosos divorciados e os casados que apresentam melhor qualidade de vida, verificando-se valores mais baixos nos viúvos e solteiros.

### **3 - Investigação empírica**

#### **3.1 - *Conceptualização e objectivos do estudo***

O presente estudo sobre os idosos deriva em primeiro lugar da evidência de que o envelhecimento populacional tem vindo a adquirir uma importância crescente em todo o mundo e pela indispensabilidade de conhecimento da complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais decorrentes do aumento progressivo e constante das chamadas “pessoas idosas”. O crescimento em número e proporção das pessoas idosas está associado, ao aumento progressivo das incapacidades e consequente perda de independência, com diminuição da capacidade de mobilização, de visão e audição entre outras.

Apoiando-nos nas questões de investigação, que norteiam a nossa pesquisa, pretendemos com a elaboração deste estudo avaliar a realidade da problemática do envelhecimento, reflectir acerca dos resultados encontrados, no sentido de ajudar a implementar métodos preventivos, tendo em consideração não só a saúde do idoso, mas também todos os outros factores que interferem com a qualidade de vida ou bem estar do mesmo. Deste modo delineamos os seguintes objectivos:

- Conhecer as características sócio demográficas da população idosa em estudo.
- Conhecer as condutas depressivas da população idosa em estudo.
- Conhecer o estado mental dos idosos em estudo.
- Identificar as variáveis sócio demográficas que mais influenciam a Qualidade de Vida dos Idosos da população em estudo.
- Identificar as variáveis psicossociais que mais influenciam a Qualidade de Vida dos Idosos da população em estudo.
- Identificar as necessidades sentidas pelos Idosos da população em estudo.

#### **3.2 - *Variáveis***

##### *Variável Dependente*

Considerámos como variável dependente do nosso estudo, a Qualidade de Vida dos Idosos. Como critérios de operacionalização adoptámos os recomendados pela Organização Mundial de Saúde, segundo a qual:



**Qualidade de Vida** é “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” (FLECK et al, 1999).

**Idoso** é “todo o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos”

### *Variáveis Independentes*

Subdividimos as variáveis independentes em dois grupos: as variáveis sócio demográficas e as variáveis psicossociais. Estas variáveis servem para caracterizar a amostra e também, avaliar da sua interferência na variável dependente.

#### Variáveis sócio demográficas:

- Sexo, operacionalizado em masculino e feminino;
- Idade, operacionalizada em anos e categorizada em classes: 65-74; 75-84; 85-94; > 95.
- Estado civil, operacionalizado em: solteiro; casado; viúvo; divorciado; outra situação.
- Escolaridade, operacionalizada em: ensino superior completo; ensino secundário completo; instrução primária completa; instrução primária incompleta; analfabeto; sem informação.
- Agregado familiar, operacionalizado em: vive sozinho; com companheiro; com parentes; vive com outros.
- Classificação Social, operacionalizada de acordo com o Índice de Graffar em cinco classes distintas: Classe I, Classe II, Classe III, Classe IV e Classe V.

#### Variáveis psicossociais:

- Estado mental, operacionalizada como a “condição geral de funcionamento do processo mental e da conduta determinados pela avaliação psiquiátrica de diferentes áreas do funcionamento, tais como a consciência, o humor, o afecto, o pensamento, a fala, a conduta motora, o conhecimento geral, a memória, o cálculo aritmético, o juízo e a abstracção”.
- Depressão, operacionalizada como “estado mental caracterizado por sentimentos de tristeza, solidão, desespero, baixa auto-estima; acompanhado em algumas ocasiões por agitação, sintomas vegetativos tais

como insónias e anorexia. O termo refere-se a um estado de humor ou a um transtorno de humor”.

### **3.3 - Hipóteses**

Elaborámos as hipóteses devidamente relacionadas com o problema em estudo e que servirão de fio condutor para a nossa investigação. Definimos duas hipóteses complexas e uma hipótese simples. Para testar a primeira hipótese complexa subdividimo-la em seis sub-hipóteses.

**H1** - Existe associação entre o local de residência e a qualidade de vida dos idosos.

**H2** – A qualidade de vida depende dos factores sócio demográficos.

**H2 a)** - Existe diferença na qualidade de vida dos idosos de sexos diferentes.

**H2 b)** - A qualidade de vida dos idosos varia na razão inversa da idade.

**H2 c)** - Os diferentes estados civis determinam diferenças na qualidade de vida dos idosos

**H2 d)** - Existe relação entre escolaridade e a qualidade de vida dos idosos.

**H2 e)** - Existe relação entre o agregado familiar e a qualidade de vida dos idosos.

**H2 f)** - Existe relação entre a classificação social e a qualidade de vida.

**H3** – Existe associação entre as variáveis psicossociais (estado mental e depressão) e a qualidade de vida do idoso.

### **3.4 - Estratégias metodológicas**

Optámos por um estudo integrado no paradigma quantitativo, do tipo exploratório, descritivo-correlacional. Classificámo-lo como exploratório porque na região que preconizamos desenvolver a nossa investigação desconhece-se a existência de estudos desta índole. Assume também carácter descritivo-correlacional uma vez que pretendemos descrever o universo de uma determinada população (idosa) ou fenómeno e estabelecer relação entre variáveis (qualidade de vida e vários factores susceptíveis de a influenciar).

### **3.5 - População e amostra**

No nosso estudo a população alvo são os idosos residentes no concelho de Águeda e no concelho de Mortágua. Por questões de timing, relativamente à colheita de dados em tempo útil para serem incluídos neste estudo, apenas foram considerados os idosos internados no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Águeda, Lar da Santa Casa da

Misericórdia de Mortágua, utentes a frequentar o centro de dia das respectivas instituições e idosos a residir em domicílio frequentando as consultas do Centro de Saúde de Mortágua e do Hospital Distrital de Águeda.

A técnica de amostragem usada foi não probabilista por conveniência. Dado que encontramos idosos com graus de dependência já significativos, estabelecemos como requisitos para a inclusão nesta investigação:

- idade igual ou superior a 65 anos, critério administrativo utilizado pela legislação portuguesa para definir pessoa idosa;
- Mini Exame Mental cujo resultado fosse > 8 na escala de Folstein et al (1975).

Deste estudo fazem parte três grupos de idosos, sendo: um grupo constituído por idosos internados em duas instituições de apoio ao idoso (Lar); um outro grupo constituído por idosos utentes de Centro de Dia de duas instituições; um terceiro grupo constituído por idosos a residir no seu domicílio e a frequentar as consultas do Centro de Saúde de Mortágua e do Hospital Distrital de Águeda.

No total foram realizadas 92 entrevistas, das quais 29 a idosos institucionalizados em Lar, 26 a utentes a frequentar Centro de Dia das duas instituições e 37 a idosos que residem em domicílio e a frequentar as consultas do Centro de Saúde de Mortágua e do Hospital de Águeda.

### ***3.6 - Instrumentos de recolha de dados***

Optámos na nossa investigação pela utilização de um questionário elaborado por nós e pela aplicação de escalas construídas por outros investigadores e já traduzidas e testadas na população portuguesa, nomeadamente o Índice de Graffar, o Mini Exame Mental de Folstein (versão abreviada), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15) e sistema EASYcare. Utilizamos ainda para avaliação das necessidades dos idosos cobertas ou não cobertas o CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly).

## **4 - Discussão dos resultados**

A amostra deste estudo é constituída por 92 idosos, sendo que 37 residem no domicílio, 26 frequentam centro de dia e 29 encontram-se institucionalizados (Lar). Os dados sócio-demográficos que caracterizam esta amostra revelam discrepâncias na repartição por sexos, uma vez que 70% dos indivíduos entrevistados são do sexo feminino e 30% são de

sexo masculino. Estes resultados estão de acordo com os vários estudos demográficos efectuados a nível nacional.

No que diz respeito à distribuição dos idosos por classes de idades e estado actual na comunidade, verifica-se que os idosos com menor idade se encontram maioritariamente em domicílio (54,1%), enquanto os idosos residentes em Lar apresentam idades superiores. Estes dados vão de encontro aos estudos realizados por MARTINS (2004) e SANTOS (2000), os quais referem que há medida que aumenta a idade a população idosa a residir em instituições cresce significativamente.

Relativamente a escolaridade os resultados da total da amostra demonstraram um predomínio de analfabetos 39,1%, seguindo-se com 27,2% os idosos com instrução primária incompleta. Estes resultados estão de acordo com os dados apresentados por GONÇALVES (2002) que referem que mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinha qualquer nível de instrução.

No que respeita ao agregado familiar dos idosos verificamos, que 30,4% habita com o cônjuge, o viver sozinho é a situação que corresponde a 17,4%. O maior grupo de idosos 33,7% reside com outros devendo-se fundamentalmente ao facto de 29 dos idosos inquiridos se encontrarem institucionalizados.

Quanto à classificação social verificamos que 55,4% dos idosos integra a classe IV (Classe Inferior Alta). De um modo geral não se observaram valores disparos no que diz respeito aos três grupos estudados.

No que concerne aos cuidadores informais a nossa amostra revela que a grande maioria, 85,2% são do sexo feminino, sendo a classe de idades predominantes 50-59 anos, com 37,1%. Na amostra total 92,6% são casados e 59,3% têm instrução primária completa. São os filhos 70,4% a grande maioria dos cuidadores informais, sendo que 96,3% coabitam com os idosos inquiridos. É de referir ainda que 22,2% dos cuidadores informais entrevistados são o cônjuge do idoso, o que pode significar incapacidade para responder as necessidades do idoso e de proporcionar as melhores condições de acompanhamento.

Em relação ao estado mental verificamos que na nossa amostra os idosos que frequentam o Centro de Dia apresentam valores mais baixos no Mini Exame Mental, embora as diferenças entre os três grupos entrevistados não sejam significativas.

No tocante à depressão verificou-se que no total da amostra 55,4% dos idosos não estão deprimidos, seguindo-se com 36% apresentam depressão moderada.

No que concerne à avaliação das necessidades dos idosos entrevistados, segundo o CANE, verificámos que estes não apresentam grandes percentagens de necessidades não cobertas, ou seja, não apresentam necessidades, ou as necessidades afectadas encontram-se colmatadas de algum modo. As necessidades percepcionadas como não cobertas são principalmente a “memória” seguido do item “actividades de vida diárias” e “informação” (sobre a doença e o tratamento).

No domínio “global de incapacidade” do Sistema de Avaliação de Idosos (EASYcare), chegámos a resultados semelhantes aos recolhidos pelo CANE, já que a maioria dos entrevistados (55,4%) apresentou valores que indicam baixa incapacidade, não se verificando diferenças significativas entre os idosos dos três grupos entrevistados. Assim, na maior parte dos itens, mesmo os indivíduos mais velhos gozam de um razoável grau de independência o que vai de encontro aos estudos compilados por SIMÕES (2006).

Assim, relativamente à primeira hipótese somos levados a aceita-la parcialmente. Verificámos que os idosos que residem no Lar apresentam piores níveis de qualidade de vida em relação aos idosos que frequentam Centro de Dia e os idosos que se encontram no Domicilio. GARCIA (1994) cit in COIMBRA & BRITO (1999), refere que o idoso terá melhores oportunidades de continuar a desenvolver como cidadão o seu papel activo na sociedade em que está inserido, estando integrado no seu meio perto da sua família, que é um local privilegiado, conduzindo a uma melhor qualidade de vida.

Considerando as variáveis sociodemográficas em relação às quais se explorou a influência sobre a qualidade de vida do idoso, verificou-se que os idosos do sexo masculino apresentam uma melhor qualidade de vida em termos de “actividades de vida diária”. Este facto poderá estar relacionado com a maior longevidade da mulher. Segundo RODRIGUES e LEAL (2004), o aumento da idade condiciona a realização de actividades quotidianas e os idosos mais velhos sentem maiores dificuldades na realização de tarefas do dia a dia.

Também os idosos com idade mais avançada apresentam uma diminuição da qualidade de vida. Estes resultados vêm reforçar os de outros estudos portugueses, entre eles MARTINS (2004); RODRIGUES & LEAL (2004), que consideram que com a idade as capacidades físicas e cognitivas decrescem e aumenta o número de doenças crónicas e incapacidade de realizar as actividades de vida diárias.

No contexto do estado civil verificamos que idosos casados evidenciam melhor qualidade de vida, comparando com os seus congéneres viúvos. Para RODRIGUES & LEAL

(2004) a viuvez encontra-se associada a maior vulnerabilidade a sintomas depressivos e a episódios de depressão grave. É um factor de risco, não apenas para a sintomatologia depressiva, como também para comprometimento do sistema imunitário, da morbidade e da mortalidade.

Relativamente à escolaridade não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, ou seja o nível de instrução não está relacionado com a qualidade de vida. Este resultado deve ser interpretado com cautela na medida em que existe pouca variação no grau de instrução da amostra. Também SIMÕES (2006) refere que a educação é um factor modesto no que diz respeito à sua influência na qualidade de vida dos idosos, há no entanto, que ter presente que a educação está intimamente relacionada com o rendimento e o nível profissional. Assim, boa parte do efeito da educação sobre a qualidade de vida parece exercer-se através destas duas variáveis, que são causas do bem-estar subjectivo.

Como mencionado anteriormente, os idosos que vivem no domicílio apresentam melhor qualidade de vida do que os idosos institucionalizados. Este facto poderá estar relacionado com a composição do agregado familiar, na medida em que os idosos que vivem em domicílio são na sua maioria casados. SIMÕES (2006) refere que os indivíduos casados ou em união de facto mostram ser mais felizes e gozarem de melhor saúde do que os não casados, quer estes sejam solteiros, viúvos, divorciados, ou separados. Esta situação verificou-se no nosso estudo, já que os indivíduos que vivem com o conjugue são os que apresentam melhor qualidade de vida nas quatro dimensões avaliadas.

Curiosamente não se verificou uma influência da classe social na qualidade de vida dos idosos. Mais uma vez, este resultado deve ser interpretado com cautela, porque parece reflectir a homogeneidade da amostra, uma vez que 84,7% dos idosos situa-se entre as classes sociais III e IV. Seria necessária uma amostra mais alargada e diversificada para testar convenientemente a influência desta variável.

Relativamente à avaliação do estado mental verificamos que quanto pior este se encontra, menor a qualidade de vida dos idosos em estudos. De facto SIMÕES (2006) menciona que a saúde física e mental afecta o bem-estar subjectivo/qualidade de vida, na medida em que leva as pessoas a sentirem-se bem, porque conseguem fazer o que desejam e manterem-se social e fisicamente, activas.

Em relação à depressão enquanto variável psicossocial do nosso estudo, contactamos que indivíduos mais deprimidos apresentam menos qualidade de vida. Estes resultados

encontram-se de acordo com aqueles que foram observados por RODRIGUES e LEAL (2004), nos quais a depressão se encontra associada a níveis mais reduzidos de qualidade de vida entre as pessoas idosas. Confirmam também a natureza debilitante da depressão na terceira idade e realçam a importância de conferir uma atenção diferenciada a depressão e a QDV nas intervenções destinadas a população idosa. A identificação, o diagnóstico e o tratamento precoce da depressão são decisivos na promoção da QDV, na autonomia e níveis de funcionamento das pessoas idosas.

## **5 – Conclusão**

De facto, são muitos os que vêm no acto de envelhecer o fim do desenvolvimento, mas também já são bastantes os que vêm nesta conclusão linear um autêntico absurdo, uma vez que o envelhecimento não é o fim mas antes um desafio para o desenvolvimento. O envelhecimento é uma condição bem mais complexa do que parece a primeira vista, pelo menos tão complexa como o crescimento, o que pode quer dizer que tal como temos responsabilidades no acto de crescer, elas também existem relativamente ao acto de envelhecer.

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida.

A qualidade de vida é um dos objectivos da vida humana mais desejado e perseguido por todos os indivíduos, desde o seu nascimento até à morte. Nos idosos esta qualidade não depende apenas do passado, mesmo que tenha sido óptimo, depende, sobretudo, do presente e de um horizonte de futuro, mesmo que limitado.

O conceito de qualidade de vida está relacionado com a auto-estima e o bem-estar pessoal. Abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com actividades diárias e o ambiente em que se vive. Trata-se de um conceito subjectivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

O presente estudo teve em conta conhecer os factores pessoais e situacionais e a sua influência na Qualidade de Vida dos Idosos, com base num conjunto de variáveis sócio-demográficas e psicossociais que seleccionamos.

Realçar um olhar sobre o percurso desta investigação e desenvolver uma síntese final é o desafio neste momento se nos coloca. Assim, tendo em conta os objectivos inicialmente definidos neste processo investigativo e considerando-os eixos orientadores desta pesquisa, podemos auferir as seguintes conclusões:

- a população estudada é maioritariamente feminina, apresentando uma média de idades de 75 – 84 anos; são predominantemente viúvos e casados; detêm baixos níveis de instrução e encontram-se posicionados na classe social inferior alta;
- os idosos em estudo vivem na sua maioria com outras pessoas que não familiares, seguidos dos que vivem com o cônjuge; a análise comparativa dos grupos revela que existem diferenças significativas na medida em que os indivíduos que se encontram no domicílio vivem maioritariamente com o companheiro, os que frequentam centro de dia vivem sós ou com outros parentes;
- a maioria dos idosos não possui cuidador informal uma vez que, ou não possuem nenhum tipo de cuidador ou estão institucionalizados e por isso têm cuidador formal; em relação à caracterização dos cuidadores informais constatamos que são na sua maioria do sexo feminino, casados, com uma média de idade de 55 anos, instrução primária completa, coabitam com o idoso e na maioria possuem como grau de parentesco a filiação;
- apurámos em relação ao estado mental dos entrevistados que os valores mais baixos correspondem aos idosos que frequentam Centro de Dia, não existindo grandes diferenças entre os outros dois grupos (Lar e Domicílio);
- no tocante à depressão verificou-se que no total da amostra a maioria dos idosos são não deprimidos ou eutímicos, sendo aqueles que residem em Domicílio os que apresentam menor índice de depressão;
- verificámos que os idosos estudados não apresentam grandes percentagens de necessidades não cobertas, ou seja, não apresentam necessidades, ou as necessidades afectadas encontram-se colmatadas de



algum modo; de qualquer forma a “memória”, “actividades de vida diária” e “informação” (sobre doença e o tratamento) foram os itens que mais pontuaram como necessidades não cobertas;

- de acordo com os critérios da qualidade de vida adoptada, constatámos que os idosos que residem no Lar apresentam piores níveis de qualidade de vida em relação aos idosos que frequentam Centro de Dia e os idosos que se encontram no Domicilio;
- a associação entre variáveis mostrou que o facto de se ser do sexo masculino, ter menos idade, ser casado e viver com o conjugue são factores que influenciam positivamente a QDV dos idosos; no que diz respeito à escolaridade não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, ou seja o nível de instrução não está relacionado com a qualidade de vida;
- curiosamente não se verificou uma influência da Classe Social na QDV dos idosos;
- por outro lado, relativamente às variáveis psicossociais e à qualidade de vida, verificámos que quanto pior o estado mental dos idosos, menor a qualidade de vida; indivíduos mais deprimidos apresentam menos qualidade de vida.

As conclusões deste estudo são um contributo que reforçam a legitimidade das investigações na área da qualidade de vida dos idosos.

Os resultados do estudo levantam novas interrogações e sugerem novas pistas de investigação. Entre outros aspectos, realçamos a importância de investigar a relação da qualidade de vida com outras variáveis, tais como o impacto da doença e as significações pessoais atribuídas à doença e à vontade de viver.

A longevidade aumentada tornou-se, geralmente, associada a doenças crónicas ou incapacidades, exigindo mais cuidados de saúde e outras formas de cuidados sociais e pessoais. O objectivo não é simplesmente uma questão de aumentar o número de anos de vida, mas sim “vida aos anos”.....

Em termos de reflexão final acerca deste estudo parece-nos importante referir:

- o reduzido tamanho da amostra implica que dificilmente se poderão inferir resultados para a população idosa em geral, sendo mais prudente circunscrevê-los ao grupo estudado;
- a realização deste estudo foi para nós uma oportunidade rara de aprendizagem, uma forte motivação para o prosseguimento da nossa actividade pedagógica e profissional, e um estímulo para continuar a reflexão acerca dos problemas relacionados com a dependência dos idosos, bem como da sua sensibilização para a melhoria da sua autonomia e do seu estado de independência física e mental.
- existiram dificuldades, com as quais nos deparamos, sendo de salientar a falta de experiência e as exigências curriculares e profissionais simultâneas à realização deste trabalho, gerando por vezes momentos de grande ansiedade, stress, medos e desespero, que foram ultrapassados com o apoio das nossas famílias, mas principalmente com o apoio e experiência da nossa orientadora.

Mas como diria o poeta “... não há caminhos, faz-se o caminho ao andar...”e, acrescentamos nós, os caminhos trilham-se sem ser necessário (fisicamente) caminhar, basta que para isso nos sintamos apoiados e esclarecidos...

### **Referências bibliográficas**

- COIMBRA, José A. J.; BRITO, Irmã S. – Qualidade de vida do idoso. *Referência*. Coimbra. Nº3 (Novembro 1999), p. 29-35.
- CRUZ, E. B. L. – **Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico: a satisfação com a vida e o apoio social**. Coimbra: [s.n.], 2001. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga..
- FERREIRA, J. – Qualidade de vida em doentes com asma. *Arquivos de Medicina*. Lisboa. Vol. 12, (1998), p. 371-373.
- FERREIRA, P.L. - **A medição do estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36**. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1998.

- FLECK, M. P., Leal, *et al.* (1999) - Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. Vol. 21, n.º 1 (1999), p. 19-28.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida [et al] – Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria** [em linha]. São Paulo. Vol. 21, n.º 1 (Janeiro/Março 1999). [Consult. 19 de Outubro de 2007]. Disponível em [www <URL: http://www.ufrgs.br/psiq/whoquol-publicacoes.html>](http://www.ufrgs.br/psiq/whoquol-publicacoes.html).
- GONÇALVES, Cristina; CARRILHO, Maria José – Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. **Revista de Estudos Demográficos** [em linha]. Lisboa. Nº 40 (2007). [Consult. 17 Julho 2007]. Disponível em [www URL: http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_INE>](http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE).
- GONÇALVES, Cristina – As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. **Revista de Estudos Demográficos** [em linha] nº 34 (2002) [Consult. em 13 de Agosto de 2007]. Disponível em: [http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_INE](http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE)
- KEISTER, K.; BLIXEN, C. – Quality of life and aging. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 24, nº5 (May 1998), p. 22-28.
- MARTINS, Rosa Maria Lopes - A relevância do apoio social na velhice. *Millenium*. Viseu. Ano 9, n.º 31 (Maio 2005), p. 128-134.
- MARTINS, Rosa Maria Lopes – **Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu**. Badajoz: Departamento de Psicologia y Sociologia de la Educación, 2004. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Extremadura.
- MINAYO, M.C.S. *et al.* - **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Rio de Janeiro, 2000.
- PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. Divisão de Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas – **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas**. Lisboa: DGS, 2006.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (INE) – As gerações mais idosas. *Série de Estudos*. Lisboa. Nº 83 (1999), p. 8-37.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde – **Plano nacional de saúde: orientações e estratégias**. Vol. II. Lisboa: DGS, 2004.
- RODRIGUES, C. F.; LEAL, I. P. – Limitações da qualidade de vida e depressão em pessoas idosas. In 5º Congresso Nacional da Psicologia da Saúde – **A psicologia da saúde num mundo de mudança**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. P. 771-775.
- SANTOS, Purificação da Luz D. F. C. – **A depressão no idoso**. Coimbra: Quarteto, 2000
- SIMÕES, António – **A nova velhice: um público a educar**. Porto: Âmbar, 2006.

VILAR, Francisco J. R.; SALGADINHO, Susana I. C. S. – Do conceito de qualidade de vida à qualidade de vida como conceito. *Enfermagem em Foco*. Lisboa. Ano XIII, n.º 57 (Outubro/Dezembro 2004), p. 34-36.

## **ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM**



## Auto-conceito nos enfermeiros

Patrício, H.<sup>1</sup>, Guterres, C.<sup>2</sup>, Júnior, L.<sup>3</sup> & Almeida, M.<sup>3</sup>

**Resumo** — O auto-conceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser.

Este estudo, do tipo descritivo, analítico e correlacional e teve como principal objectivo avaliar o auto-conceito numa amostra de enfermeiros, dando a conhecer alguns factores que se associam a este constructo. Neste sentido, estudou-se a relação entre o auto-conceito e as variáveis sócio-demográficas e profissionais. Como instrumentos de colheita de dados foram utilizados: um questionário de caracterização sócio-demográfica e profissional e o Inventário Clínico de Auto-conceito (Vaz Serra, 1986).

Os resultados mostram que os Enfermeiros têm idades compreendidas entre os 22 e os 63 anos (Media=37,50), maioritariamente do sexo feminino (76,0%), pertencendo à categoria nível I (77,7%) a trabalhar numa instituição com modelo de gestão EPE (62,9%), com o contrato de trabalhadores do quadro (57,1%) á aproximadamente 11 anos. Do ponto de vista psicológico, apresentam melhor auto-conceito que a população portuguesa em geral.

Apurou-se que, os enfermeiros do modelo EPE apresentavam melhor auto-conceito face aos enfermeiros dos modelos PPP e SPA ( $p=0,000$ ).

As restantes variáveis (idade, sexo, categoria profissional e vinculo profissional) não exerceram influência significativa no auto conceito dos enfermeiros.

**Palavras-chave:** Auto-Conceito; Enfermagem

### 1 - Introdução

Para compreender o processo do desenvolvimento humano, torna-se imprescindível o recurso ao auto-conceito (Gecas, 1982). Atendendo à sua importância, tal constructo tem sido estudado nas diversas áreas da Psicologia, das quais salientamos a Psicologia da Educação, Psicologia Clínica e Psicologia Social (Albuquerque & Oliveira, 2008).

<sup>1</sup> Hospital São Teotónio de Viseu, [patrício\\_helder@hotmail.com](mailto:patrício_helder@hotmail.com).

<sup>2</sup> Unidade de Saúde Familiar Viriato.

<sup>3</sup> Hospital Egas Moniz, CHLO.

Segundo Burns (1986), o auto-conceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser. Para este autor, o auto-conceito consiste em todas as maneiras de como uma pessoa pensa que é nos seus julgamentos, nas avaliações e tendências de comportamento. Isto leva a que o auto-conceito seja analisado como um conjunto de várias atitudes do eu e únicas de cada pessoa.

O auto-conceito tem um papel extremamente importante na medida em que tenta explicar o comportamento, ou seja, porque consegue manter uma certa consistência nesse mesmo comportamento, explicita a interpretação da experiência e fornece um certo grau de previsão (Burns,1986). Epstein (1973) afirma mesmo que "para os fenomenologistas, o auto-conceito é o constructo central da Psicologia, proporcionando a única perspectiva através da qual o comportamento humano pode ser compreendido" (p.404).

Começaremos por traçar uma pequena resenha histórica sobre as origens do interesse pelo auto-conceito e tentaremos clarificar alguns aspectos relevantes para a sua definição, para a sua estrutura e para o seu conteúdo.

Posteriormente, apresentaremos os nossos resultados, confrontando-os com a literatura científica. Finalizaremos com a exposição das nossas conclusões e alguns resultados da investigação efectuada no âmbito do estudo do auto-conceito.

Assim, este estudo teve como principal propósito avaliar o auto-conceito numa amostra de enfermeiros e dar a conhecer alguns factores que se associam a este constructo.

## **2. Auto-Conceito**

A construção do constructo "auto-conceito" em Psicologia, surge da análise operacional da antiga questão filosófica de "quem sou eu" e segundo Baldwin (1987) cit. por Miranda (2005), também da capacidade da avaliação crítica da pessoa humana.

As pessoas necessitam esforçar-se para darem um sentido às suas actividades e propósitos, a si mesmas e à sua própria existência e, para tal, necessitam de crer em si mesmas, nas suas habilidades e na sua própria forma de actuar. Este sentido, modifica-se ao longo do ciclo vital, para poder assimilar as novas ou diferentes características do indivíduo e as suas interacções com o meio e com os outros, (Miranda, 2005).

Gecas (1982) define o auto-conceito como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral. No mesmo contexto, Vaz Serra (1986<sup>a</sup>, p.57)



conceptuliza o auto-conceito como *“a percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou acadêmica (...) a nível individual o auto-conceito desempenha um papel de grande relevo. A ele se ligam motivos, necessidades, atitudes, personalidade e, de uma forma muito concreta, a relação que o ser humano estabelece com o meio ambiente”*.

Ainda no preâmbulo da definição do auto-conceito, Burns (1982), *cit.* por Albuquerque & Oliveira (2008), refere que uma vasta gama de designações (auto-imagem, auto-descrição, auto-estima, etc.), têm vindo a ser utilizadas para referenciar a imagem que o indivíduo tem de si, contudo, na sua opinião, estes termos são designações excessivamente estáticas para uma estrutura dinâmica e avaliativa como é o auto-conceito, o qual, na sua perspectiva, engloba uma descrição individual de si próprio (enquanto auto-imagem) e uma dimensão avaliativa (auto-estima).

O auto-conceito, como constructo multifacetado e hierárquico, é entendido como a globalidade de percepções que cada indivíduo tem acerca de si próprio. Estas encontram-se estruturadas em pirâmide, residindo na base as percepções de comportamentos específicos, no meio deduções relativas ao auto-conceito e no topo a percepção global de si próprio, (Byrne & Shavelson, 1986; *cit.* por Albuquerque & Oliveira, 2008).

No sentido de conceptualizar o auto-conceito, Vaz Serra (1986) cita que é um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa e da sua coerência e consistência. E acrescenta, que é um constructo teórico que: *(i)* nos esclarece sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; *(ii)* nos leva a perceber aspectos do auto-controlo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento e *(iii)* nos permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

Sendo o auto-conceito entendido como o conjunto de percepções que o indivíduo tem de si próprio, não está presente ao nascimento, desenvolvendo-se de forma gradual como consequência de experiências únicas dentro de si mesmo, com outras pessoas significativas e com as realidades do mundo, ou seja, as percepções são formadas pelas avaliações e reforços de pessoas significativas, pelas auto-atribuições que o indivíduo realiza ao seu comportamento e pela experiência e interpretações do ambiente onde se inserem (Shavelson & Bolus, 1982; e Wong, 1999).

Vaz Serra (1986), afirma que o modo como se organizam as diversas auto-imagens, leva a uma determinada estrutura do seu auto-conceito.

Este constructo, é construído a partir das percepções que o indivíduo tem de si próprio e resulta de três aspectos fundamentais:

- A experiência e as interpretações do ambiente em que o sujeito se insere;
- Reforços e avaliações de pessoas significativas;
- Das próprias atribuições que o indivíduo faz do seu comportamento.

Paralelamente ao fenómeno de socialização que vai evoluindo desde a infância até à idade adulta onde se vão aprendendo cada vez mais e variados acontecimentos, também o auto-conceito com a evolução do desenvolvimento humano se vai tornando cada vez mais multifacetado.

Vaz Serra (1986a) refere igualmente que um indivíduo, ao poder descrever e avaliar os seus comportamentos, leva a que consideremos também como característica do auto-conceito a sua dimensão descritiva e avaliativa.

O indivíduo ao construir-se como objecto da sua própria observação, dá lugar a um conjunto de percepções, denominadas auto-imagens e em que o importante, é a disposição hierárquica e a organização de cada auto-imagem em relação às restantes (Rosenberg, 1965; citado por Veiga, 1996).

E para Vaz Serra (1986a) o modo como se organizam as diversas auto-imagens leva a uma determinada estrutura do seu auto-conceito, que se caracteriza por:

- Ser organizado ou estruturado (os indivíduos formam categorias com a informação a seu respeito e relacionam as categorias umas com as outras);
- Ser multifacetado (as diversas facetas que o constituem reflectem o sistema de categorias adoptado por um indivíduo e/ou partilhado por um grupo);
- Ser hierarquizado;
- Ser estável;
- Tende a tornar-se multifacetado durante o desenvolvimento do indivíduo;
- Possui simultaneamente uma dimensão descritiva e avaliativa;
- O auto-conceito pode ser diferenciado de outros constructos.

No constructo auto-conceito há ainda a considerar como seus constituintes: a auto-estima; as auto-imagens; a auto-eficácia; as identidades; o auto-conceito real e o auto-conceito ideal (Vaz Serra, 1988).

Este autor refere que a auto-estima é um dos constituintes mais importantes do auto-conceito e com grande impacto na prática clínica. Este conceito é entendido como o processo avaliativo que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos. É, portanto, o constituinte efectivo do auto-conceito, em que o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos do "bom" e do "mau".

### 3 - Método

O principal objectivo deste estudo consiste em avaliar o auto-conceito num grupo de enfermeiros, assim como identificar as variáveis que se relacionam com este inventário.

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo e transversal.

Formulamos as seguintes questões de investigação, de forma a : melhor conhecimento da problemática em análise:

*Questão 1* – Existe influência das Características Sócio-demográficas (Idade e Género) no Auto-Conceito?

*Questão 2* – Existe influência das Características Profissionais (Categoria Profissional, Vínculo Laboral e dos Modelos de Gestão Hospitalar) no Auto-Conceito?

#### 3.1. - Participantes

No estudo utilizamos uma amostra não probabilística constituída por 821 enfermeiros a exercer funções três modelos de gestão hospitalar, pertencendo a maioria ao modelo Entidade Publica Empresarial (EPE) 62,9%, seguido dos enfermeiros ao Modelo de Gestão Sector Publico Administrativo (SPA) com 21,6% e por fim da Gestão Privada com 15,5%.

A idade dos enfermeiros situa-se entre os 22 e os 63 anos, com uma média de aproximadamente 36 anos (Dp=9,502). Relativamente ao género, podemos referir que as médias de idades dos enfermeiros são superiores à das enfermeiras (35,89 Vs 35,64), indicando o teste *U de Mann-Whitney* não existirem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na idade (U=59909,5; Z=-0,536;p=0,592), (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros segundo o género (N=821)**

	Min	Max	Méd	Dp	CV (%)
<b>Masculino</b>	22	58	35,89	9,221	25,69
<b>Feminino</b>	22	63	35,64	9,595	26,92
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>63</b>	<b>35,70</b>	<b>9,502</b>	<b>26,61</b>

U=59909,5; Z=-0,536; p=0,592n.s.

No que ao modelo de gestão hospitalar<sup>4</sup> diz respeito, 62.9% dos enfermeiros pertencem ao modelo EPE, 21,6% ao modelo SPA e os restantes 15,5% aos hospitais com gestão privada. Os enfermeiros da categoria nível I estão mais representados com 77.7%. Relativamente ao nível do vínculo laboral inferimos que o vínculo da Função Pública é o mais representado com 57.1%. O resultado do teste Qui-Quadrado revelaram que os géneros, não se distinguem nos modelos de gestão hospitalar ( $\chi^2= 0,612$ ;  $p=0,438$ ), quer na categoria profissional ( $\chi^2= 0,5168$ ;  $p=0,682$ ) e no vínculo laboral ( $\chi^2= 0,814$ ;  $p=0,367$ ), (cf. Quadro 2).

**Quadro 2 – Características profissionais em função do género (N=821)**

	Género		Total			
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		
	n	%	n	%	n	%
<b>MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR</b>						
SPA	39	19,8	138	22,1	177	21,6
EPE	125	63,5	391	62,7	516	62,9
PPP	33	16,7	95	15,2	128	15,5
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL<sup>5</sup></b>						
Nível I	151	76,6	487	78,0	638	77,7
Nível II	46	23,4	137	22,0	183	22,3
<b>VÍNCULO LABORAL</b>						
Função Pública	118	59,9	351	56,3	469	57,1
CIT	79	40,1	273	43,7	352	42,9
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>24,0</b>	<b>624</b>	<b>76,0</b>	<b>821</b>	<b>100</b>

Modelo de Gestão Hospitalar ( $\chi^2= 0,612$ ;  $p=0,438$  n.s.)<sup>6</sup>

Categoria Profissional ( $\chi^2= 0,168$ ;  $p=0,682$  n.s.)

Vínculo Laboral ( $\chi^2= 0,814$ ;  $p=0,367$  n.s.)

### 3.2. - Material

Na presente investigação utilizámos um Questionário Biográfico e o Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC), construído por Vaz Serra (1986). O ICAC constituído por vinte itens avaliados segundo uma escala tipo Likert que vai de um mínimo de 1 a um máximo de 5. Quanto mais elevado é o somatório de todas as questões, melhor é o auto-conceito do indivíduo. A gama de pontuações obtidas possíveis varia entre 20 e 100, sendo os valores

<sup>4</sup> Sector Público Administrativo (SPA); Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) e Parceria Público Privado (PPP);

<sup>5</sup> São os seguintes os níveis e categorias da carreira de enfermagem: Nível I, integra as categorias de Enfermeiro e Enfermeiro Graduado, o Nível II integra as categorias de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro-Chefe e o Nível III integra a categoria de Enfermeiro Supervisor (Ordem dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº 437/91, Artigo 4º)

<sup>6</sup> Teste Qui-Quadrado

médios para a população em geral, de 72,208 (dp=8,143) para os homens e de 72,069 (dp=7,836) para as mulheres.

Através da análise factorial, o autor conseguiu extrair seis factores:

- Factor 1 – itens 1, 4, 9, 16, 17; representa a “aceitação / rejeição social” e explica 20,12% da variância total;
- Factor 2 – itens 3, 5, 8, 11, 18, 20; revela a “auto-eficácia” e explica 9,01% da variância total;
- Factor 3 – itens 2, 6, 7, 13; está relacionado com a “maturidade psicológica” e representa 6,97% da variância total;
- Factor 4 – itens 10, 15, 19; representa a “impulsividade / actividade” e explica 6,2% da variância total.
- Factor 5 e 6 – são considerados por Vaz Serra (1986, p.78) como factores mistos não tendo qualquer denominação específica (itens 12 e 14).

O autor da escala obteve um coeficiente de Spearman-Brown de 0,7910, e uma correlação teste-reteste de 0,838 para um intervalo de 4 semanas (Vaz Serra, 1986b).

Procedemos à averiguação da consistência interna do inventário do Auto-Conceito de forma a determinara a fidelidade do instrumento utilizado.

O estudo dos itens no aspecto da consistência interna revelou um alfa de Cronbach para a totalidade dos itens de 0,8132, o que indica uma consistência interna boa.

#### **4 – Estudo do auto-conceito**

##### ***Relação entre o Auto-Conceito, o género, a categoria profissional e o vínculo laboral***

O Inventário do Auto-Conceito avalia a percepção que o indivíduo tem de si próprio, sendo que no presente estudo os *scores* da nota global do auto-conceito variam entre 46 e 87 e o valor médio de 69,48 (Dp=6,456). As mulheres apresentam melhor auto-conceito do que os homens (69,62 Vs 69,05)., contudo o teste de U Mann-Whitney, evidencia que as diferenças não são significativas (U=59720,5; Z=-0,602; p=0,547). Na categoria profissional são os enfermeiros do nível II, no entanto as diferenças são estatisticamente não significativas (Teste de U Mann Witheney U=56697,0; Z=-0,595; p=0,552). (cf. Quadro 3).

Em termos médios o auto-conceito é melhor nos Enfermeiros com contrato de trabalho individual (CTI) mas não se distinguindo dos enfermeiros que pertencem à função pública, (U= 82361,0; Z=-0,054; p=0,957), (cf. Quadro 3).

**Quadro 3 – Teste U de Mann Witheney entre o Auto-Conceito, o sexo, categoria profissional e o vínculo laboral**

	Min	Max	Méd	Dp	Teste U de Mann Witheney
<b>Sexo</b>					
Masculino	46	86	69,05	6,449	U=59720,5 Z=-0,602 p=0,547 n.s.
Feminino	50	87	69,62	6,457	
<b>Categoria Profissional</b>					
Nível I	46	87	69,42	6,727	U=56697,0 Z=-0,595 p=0,552 n.s.
Nível II	52	84	69,69	5,419	
<b>Vínculo Laboral</b>					
Função Pública	46	86	69,30	6,482	U= 82361,0 Z=-0,054 p=0,957 n.s.
CTI	50	87	69,72	6,422	
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>87</b>	<b>69,48</b>	<b>6,456</b>	

\*\*\* $p > 0,001$  \*\* $p > 0,01$

\* $p < 0,05$

n.s.  $p > 0,05$

#### **Relação entre o Auto-Conceito e a idade**

Iniciamos a análise entre a idade e o auto-conceito (valor total e factores), utilizando a correlação de Pearson, que nos indicou que a associação varia entre  $r=0,002$  e um máximo de  $r=0,144$ .

Verificamos que apenas o factor “Maturidade Psicológica” apresenta associação estatisticamente significativas ( $r=0,144$ ;  $p=0,000$ ), ou seja, á medida que a idade dos enfermeiros aumenta, maior é a sua maturidade psicológica dos enfermeiros. O valor de t evidencia que a idade é responsável por 2,1% da variância do factor “Maturidade Psicológica” (cf. Quadro 4).

Verificamos que o auto-conceito, nota global é independente da idade, uma vez que a correlação revelou ser estatisticamente não significativa ( $p > 0,05$ ).

**Quadro 4 – Regressão linear simples entre e o Auto-Conceito (factores e valor total) e a idade e o tempo de serviço**

FACTORES	Idade				
	r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p
Aceitação/ Rejeição Social	-0,052	0,3	0,138	-1,484	0,138
Auto-Eficácia	-0,011	0,0	0,760	-0,305	0,760
Maturidade Psicológica	<b>0,144</b>	<b>2,1</b>	<b>0,000</b>	<b>4,160</b>	<b>0,000</b>
Impassividade /Actividade	-0,061	0,4	0,078	-1,762	0,078
Auto-Conceito (Nota Global)	0,002	0,0	0,960	0,050	0,960

\*\*\*p>0,001 \*\*p>0,01

\*p<0,05

n.s. p>0,05

#### **Relação entre o Auto-Conceito e o Modelo de Gestão Hospitalar**

A relação entre estas duas variáveis foi estudada através do teste de Kruskal Wallis, que nos revelou que os factores “aceitação/ rejeição social”, “impulsividade/actividade” e auto-conceito (nota global) apresentam em média valores mais elevados nos enfermeiros do modelo EPE. Por sua vez no factor “auto-eficácia” e “maturidade psicológica” os enfermeiros do modelo SPA apresentam uma media mais baixa nestes factores. O teste de Kruskal-Wallis revelou ser estatisticamente significativo quer nos quatro factores, quer no Auto-conceito (nota global) (H=15,913; p=0,000), ou seja os enfermeiros do modelo EPE apresentam melhor auto-conceito, por sua vez os do modelo SPA têm pior auto-conceito. (cf. Quadro 5).

**Quadro 5 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Modelo de Gestão Hospitalar e o Auto-Conceito (factores e valor total)**

FACTORES	MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR			Teste de Kruskal-Wallis	
	SPA	EPE	PPP	χ <sup>2</sup>	p
	Média	Média	Média		
Aceitação/ Rejeição Social	18,18	19,02	18,31	23,168	0,000
Auto-Eficácia	23,12	23,63	23,85	8,646	0,013
Maturidade Psicológica	15,64	16,04	16,05	7,874	0,020
Impassividade /Actividade	11,00	11,34	11,07	6,777	0,034
Auto-Conceito (Nota Global)	67,95	70,05	69,29	15,913	0,000

\*\*\*p>0,001 \*\*p>0,01

\*p<0,05

n.s. p>0,05

## 5 - Discussão dos Resultados e Considerações Finais

A amostra é constituída por 821 enfermeiros, sendo predominantemente do género feminino (76,0%), com idades compreendidas entre os 22 e os 63 anos e com uma idade média de 36 anos. Face a estes dados indagamos estar perante uma amostra predominantemente adulta jovem. Na amostra sobressai o predomínio de enfermeiros a trabalhar no hospital com modelo de gestão EPE (62,9%), pertencendo predominantemente à categoria de nível I (77,7%) e onde predomina o vínculo laboral de trabalhador do Quadro da instituição (57,1%).

O valor médio de auto-conceito dos enfermeiros foi de 69,48, sendo este valor inferior ao da população portuguesa em geral e à média obtida nos estudos de Vaz Serra et al. (1986), Nunes (1999), Albuquerque (1999) e Chaves (2004). As enfermeiras da nossa investigação revelaram melhor auto-conceito do que os enfermeiros, contrariamente aos estudos de Vaz Serra et al. (1986), Nunes (1999) e Albuquerque (1999 e 2004) onde os indivíduos do sexo masculino demonstraram possuir melhor auto-conceito.

Podemos ainda inferir existir relação entre o Modelo de Gestão Hospitalar e o auto-conceito dos enfermeiros, sendo que os que trabalham no modelo de gestão SPA pontuaram com pior auto-conceito, relativamente aos outros dois modelos hospitalares, resultado semelhante ao obtido por Junior & Almeida et al. (2009). No que respeita ao modelo de gestão hospitalar não encontramos nenhum estudo que o relacionasse com o auto-conceito. No entanto, Vaz Serra (1986) teoriza que o auto-conceito é formado a partir das experiências vivenciadas pelo sujeito, pelas interpretações que ele faz do meio ambiente, pela percepção que cada um tem de si próprio, em termos de actor social em interacção com o próprio ambiente que o rodeia.

Lawler (1972) por sua vez refere que as relações sociais mais do que qualquer outro factor isolado determinam a natureza do auto-conceito das pessoas uma vez que é nas organizações que os indivíduos procuram manter a sua identidade e o seu bem-estar psicológico.

Fitts (1972) citado por Vaz Serra (1986) reforça esta ideia ao afirmar que quanto melhor o auto-conceito, melhor o desempenho do individuo. Poder-se-à então, inferir que quando o auto-conceito do individuo é pobre o seu ajustamento social será mais dificultado e mais propenso este se encontra a transtornos de carácter emocional.

Em sentido contrário observamos correlação positiva entre o auto-conceito e a eficácia



profissional, ou seja, quando o auto-conceito é elevado existe um aumento da eficácia profissional dos enfermeiros. Este resultado vai de encontro aos resultados de Fitts (1972) citado por Vaz Serra (1986), ao afirmar que os trabalhadores com melhor auto-conceito são pessoas que se sentem menos ameaçadas pelas tarefas difíceis, pessoas e situações, relacionando-se e trabalhando de forma mais afectiva e confortável junto dos outros trabalhadores.

### **REFERÊNCIAS Bibliográficas**

- Albuquerque, C. (1999). Características Psicológicas associadas à Saúde em Estudantes do Ensino Superior. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga: Coimbra.
- Albuquerque, C. M. (2004). Comportamientos de salud y de riesco en la adolescência: determinantes psicosociales y cognitivos; Badajoz: Universidad de Extremadura. 550pp.
- Albuquerque, C. & Oliveira, C. (2008). Características Psicológicas associadas à Saúde: A importância do Auto-Conceito. Acedido em 20 de Junho de 2008, em [www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26\\_22.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26_22.htm)
- Burns, R. (1986). *The Self-Concept* (4rd ed.). London: Longman.
- Chaves, C. (2004). *Educação para a saúde e SIDA nos cuidados de saúde primários*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 179pp.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28 (5), 404-416.
- Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Reviere of Sociology*, 8, 1-33.
- Hill, M.; & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Júnior, Luís M.; Almeida, Micaela S. – Variáveis Socioprofissionais e Auto-Conceito em Enfermagem. In ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VILA REAL – Investigação em Saúde: Contributos. 1ª ed. Vila Real, 2009. ISBN 978-972-97739-5-2.
- Lawler, E. (1994). *Motivation in Work Organizations*. 1<sup>st</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Marroco, J. (2007). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. 3ªed. Edições Sílabo. Lisboa.
- Miranda, B. – Dificuldades de aprendizagem e auto-conceito. Minho: Universidade do Minho – Instituto de Estudos Da Criança, 2005. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, especialidade de Dificuldades de Aprendizagem.
- Nunes, M. (1999). *Qualidade de Vida e Diabetes: Influência das Variáveis Psicossociais*. Dissertação de Mestrado no Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.

- Shavelson, R. & Bolus, R. (1982). Self-concept: the inter-play of theory and methods. *Journal Education Psychol*, 74.
- Vaz-Serra, A. (1986). O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 7, n.º2 (Abril/Junho 1986), p. 67-84.
- Vaz-Serra, A. (1986a). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra. Vol. 7, n.º2 (Abril/Junho 1986), p. 57-66.
- Vaz Serra, A. [et. al.]. (1986). Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, vol. 7, n.º2.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (VI).
- Veiga, F. (1996). *Transgressão e auto-conceito dos jovens na escola: Investigação diferencial*. Coleções Margens. Lisboa: Fim de século Edições.
- Wong, D. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (5ª Edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan S. A.

## Caracterização Psicológica dos Enfermeiros Chefes

Almeida, M.<sup>1</sup>; Júnior, L.<sup>2</sup>; Patrício, H.<sup>3</sup>; Guterres, C.<sup>4</sup> & Cunha, M.<sup>5</sup>

### Resumo

As variáveis psicológicas como o Auto-Conceito, a Vulnerabilidade ao Stress e o *Locus* de Controlo assumem-se, como sendo importantes causas dos comportamentos que mediam os efeitos de muitos outros determinantes.

Efectuámos um estudo transversal, analítico-correlacional, numa amostra de 117 Enfermeiros Chefes, onde predominam enfermeiros com cerca de 47 anos, do sexo feminino (70.9%), com o grau de licenciado (82.9%), pertencentes à categoria de Enfermeiro-Chefe (73.5%), a exercer funções de chefia há cerca de 11 anos, em hospitais com o modelo de gestão EPE (67.5%).

Ao nível das características psicológicas, os Enfermeiros Chefes possuem um bom auto-conceito ( $\bar{x}=71.25$ ), não se encontram vulneráveis ao stress (92.3%) e são predominantemente internos nas suas estratégias de *Locus* de controlo ( $\bar{x}=30.88$ ).

Quando aumenta a idade e o tempo de serviço a exercer funções de chefia, aumenta também a vulnerabilidade ao stress. Os enfermeiros especialistas e os que exercem funções no modelo SPA, são os mais vulneráveis ao stress.

O factor internalidade associou-se negativamente com a idade, ou seja, quando a idade aumenta a internalidade diminui. Os enfermeiros com o grau de mestre e a trabalhar no modelo hospitalar Gestão Privada apresentam, em média, valores mais elevados de internalidade.

Inferimos que os enfermeiros chefes com um melhor auto-conceito estão menos vulneráveis ao stress. Inferimos também, que quando existe um predomínio do locus interno o auto-conceito é melhor, por sua vez quando a externalidade e a externalidade devido ao acaso aumentam, o auto-conceito é pior.

**Palavras-chave:** Auto-Conceito; *Locus* de Controlo; Vulnerabilidade ao Stress Enfermeiros Chefes.

---

<sup>1</sup> Hospital Egas Moniz, CHLO.

<sup>2</sup> Hospital Egas Moniz, CHLO.

<sup>3</sup> Hospital São Teotónio de Viseu.

<sup>4</sup> Unidade de Saúde Familiar Viriato.

<sup>5</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu.

## 1. Introdução

A Ordem dos Enfermeiros e o Conselho Internacional de Enfermeiros atentos à actualidade e conscientes da problemática e do complexo e dinâmico ambiente de saúde, estão a desenvolver em parceria, um programa intitulado “Liderança para a Mudança”, um programa de aprendizagem activa, para o desenvolvimento dos enfermeiros como líderes e gestores efectivos, pois mais do que nunca, os Enfermeiros Chefes começam a ser responsabilizados pela qualidade das suas funções enquanto líderes de equipas de enfermagem, nomeadamente no que respeita à qualidade da prestação de cuidados.

Às Chefias de Enfermagem, colocam-se hoje, inúmeros desafios no campo complexo da Organização onde trabalham, entendidas como “pontas de lança” da mudança, às quais é depositada a esperança para desenvolver e melhorar a organização das estruturas institucionais, bem como a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais que aí trabalham.

O que se pede ao gestor de cuidados de saúde, e portanto ao enfermeiro-chefe (segundo a legislação em vigor, a categoria de enfermeiro chefe está inserida na área de gestão), é que seja competente em três grandes categorias: técnica (capacidade de usar os procedimentos, as técnicas e os conhecimentos de uma área), conceptual (capacidade de estabelecer relações complexas, de antecipar mudanças e reconhecer tendências) e relacional (conhecimento acerca do comportamento humano, capacidade de comunicação e de estabelecer relações de cooperação). Estes três tipos de competências são relevantes para a eficácia de qualquer gestor. É justamente a utilização adequada e a boa articulação das três áreas de competências que determina, em grande parte, o sucesso do gestor.

Conner & Norman (1996) cit. por Costa e Leal (2005), partilhando a perspectiva de outros autores, defendem a existência de uma variedade de factores, no universo das diferenças individuais, que condicionam a predisposição para aderir ou desenvolver determinados comportamentos em detrimento de outros, nos quais se incluem factores da personalidade e factores cognitivos.

A construção do “auto-conceito” em Psicologia, surge da análise operacional da antiga questão filosófica de “quem sou eu” e segundo Baldwin (1987) cit. por Miranda (2005), também da capacidade da avaliação crítica da pessoa humana.

O auto-conceito, como constructo multifacetado e hierárquico, é entendido como a globalidade de percepções que cada indivíduo tem acerca de si próprio. Estas encontram-se

estruturadas em pirâmide, residindo na base as percepções de comportamentos específicos, no meio deduções relativas ao auto-conceito e no topo a percepção global de si próprio, (Byrne & Shavelson, 1986; cit. por Albuquerque & Oliveira, 2008).

O stress depende da percepção que cada pessoa faz da circunstância a que está sujeita, torna-se importante, determinar qual o grau de vulnerabilidade ao stress que cada pessoa apresenta, (Vaz Serra, 2000).

O estudo da vulnerabilidade ao stress é fundamental para sabermos se os enfermeiros chefes da nossa amostra apresentam, ou não, risco aumentado de reagir de forma negativa perante um dado acontecimento da sua vida, nomeadamente em relação ao trabalho e à liderança que executa. O facto de um indivíduo se sentir, ou não, em stress é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de autoconfiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância, considerada, por si, como maçadora para si, e que lhe cria exigências específicas, com o seu trabalho.

O *locus* de controlo, é um constructo que se define como uma característica psicológica, que tipifica o grau em que o indivíduo percebe que o que lhe acontece na vida do dia-a-dia é consequência das suas acções e, por isso, pode ser controlado por ele (controlo interno) ou não tendo relação com o seu comportamento e, por isso, está fora do seu controlo (controlo externo), (Ribeiro, 2000).

Relvas (1995) cit. por Costa & Leal, (2005) salienta que, o *locus* de controlo se refere ao estudo da percepção de uma relação entre o comportamento e as suas consequências e de uma atribuição causal do reforço. As pessoas diferem na percepção daquilo que lhes acontece, que é percebido como sendo resultado dos seus próprios comportamentos e atributos (controlo interno) *versus* o resultado da sorte, destino, acaso, ou da acção de outras pessoas poderosas ou influentes (controlo externo). De uma forma mais simplista, pode afirmar-se que o indivíduo que tem a percepção de controlo pessoal sobre acontecimentos importantes da sua vida, apresenta um *locus* de controlo interno. Quando os acontecimentos determinantes são percebidos como escapando ao controlo individual e dependentes de factores tais como a sorte, destino, acaso, ou acção de outras pessoas ou instituições poderosas, apresenta um *locus* de controlo externo.

Assim, o locus de controlo é definido como uma crença, uma percepção ou expectativa de controlo do reforço. Empiricamente a percepção do controlo conduz a reacções positivas, ao passo que, a percepção da incontrolabilidade desencadeia desânimo. Esta percepção do

controlo (controlo percebido, não controlo real), encontra-se imbuída de uma particularidade – a individualidade, (Costa & Leal, 2005).

Variáveis psicológicas tais como o Auto-Conceito, a Vulnerabilidade ao Stress e o *Locus* de Controlo assumem-se, como sendo importantes causas dos comportamentos que mediam os efeitos de muitos outros determinantes, como sejam, os que fazem parte da nossa investigação, pelo que se assume pertinente o seu estudo, no sentido de determinar o perfil psicológico dos enfermeiros chefes.

## **2. Método**

O principal objectivo deste estudo consiste em caracterizar psicologicamente os Enfermeiros Lideres, procurando também determinar que variáveis influenciam esse perfil psicológico.

O tipo de estudo equacionado para esta investigação segue os métodos do estudo de análise quantitativa, descritivo, analítico e transversal.

Face ao objectivo descrito equacionaram-se as seguintes questões de investigação:

- *Questão de Investigação 1 (Q<sub>1</sub>)* – O perfil psicológico dos Enfermeiros Lideres é influenciado pelas variáveis sócio-demográficas (Idade e Sexo)?
- *Questão de Investigação 2 (Q<sub>2</sub>)* – O perfil psicológico dos Enfermeiros Lideres é influenciado pelas variáveis profissionais (Habilitações Académicas; Categoria Profissional, Modelo de Gestão Hospitalar e Tempo de Serviço a exercer funções de chefia)?
- *Questão de Investigação 3 (Q<sub>3</sub>)* – Determinar as correlações entre o Auto-Conceito, Locus de Controlo e Vulnerabilidade ao Stress dos Enfermeiros Lideres?

### **2.1 - Participantes**

Desta forma, optou-se por uma amostragem não probabilística por conveniência, ficando a amostra constituída por 117 enfermeiros chefes.

Os hospitais do “Sector Público Administrativo (SPA)” ficou representado por 15 Enfermeiros-Chefes (12.8%), os hospitais “Entidade Pública Empresarial (EPE)” por 79 Enfermeiros-Chefes (67.5%) e os hospitais de “Gestão Privada (GP)” 23 Enfermeiros-Chefes (19.7%).

Se quiséssemos traçar o perfil sociodemográfico médio do Enfermeiro-Chefe, teríamos um indivíduo do sexo feminino (70.9%), com cerca de 47 anos.

Apurou-se que ao perfil profissional médio do Enfermeiro possuiu o grau de licenciado (82.9%), com a categoria de Enfermeiro-Chefe (73.5%), exercendo funções em hospitais com o modelo de gestão EPE (67.5%) e a exercer funções de chefia há cerca de 11 anos.

## 2.2 – Material

A obtenção de dados e mensuração das diferentes variáveis, foi através de um questionário, composto por um conjunto de escalas, que permitiu recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação.

O protocolo de questionário integra os seguintes instrumentos de medida:

- Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1985);
- Escala de Vulnerabilidade ao Stress (Vaz Serra, 2000);
- Escala de Locus de Controlo de Levenson (Levenson, 1972, adaptado por Relvas et.al. 1989).

## 3. Apresentação e Análise dos Resultados

O caracterização psicológica dos Enfermeiros líderes é constituída pelo Auto-conceito, pela Vulnerabilidade ao stress e pelo *Locus* de controlo. Desta forma procuramos analisar cada uma destas características assim como determinar se as variáveis sócio-demograficas e profissionais exercem influência no seu perfil.

### 3.1 – Estudo do Auto-Conceito

Os *scores* obtidos para o auto-conceito situam-se entre 52 e 81. O valor médio foi de 68.91 (Dp=5.414). O teste de U de Mann-Whitney revelou que as diferenças entre os sexos não é estatisticamente significativa (U=1252.0; Z=-0.957; p=0.339) (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 – Caracterização Auto-Conceito em função do sexo**

	n	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	CV (%)
<b>Masculino</b>	34	56	78	68,24	4,645	6,81
<b>Feminino</b>	83	52	81	69,18	5,702	8,24
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>52</b>	<b>81</b>	<b>68,91</b>	<b>5,414</b>	<b>7,86</b>

<sup>6</sup> U=1252,0                      Z=-0,957                      p=0,339 n.s.

<sup>6</sup> Teste U de Mann-Whitney

O teste t evidencia que as diferenças encontradas não são significativas, quer para a idade quer para o tempo de serviço a exercer funções de chefia ( $p > 0,05$ ).

Utilizámos o Teste de Kruskal-Wallis para estudar a relação entre o Auto-Conceito e as variáveis sócio-demográficas e profissionais dos enfermeiros chefes. Verificamos que os enfermeiros chefes com melhor auto-conceito são os:

- com o grau de mestre ( $\bar{x} = 69.27$ );
- que pertencem à categoria de chefe ( $\bar{x} = 69.37$ );
- que exercem funções no modelo de gestão privada ( $\bar{x} = 69.61$ ).

Contudo, as diferenças encontradas nas habilitações literárias, na categoria profissional e nos modelos de gestão hospitalar revelou ser estatisticamente não significativas ( $p > 0.05$ ), desta forma, inferimos que o auto-conceito é independente destas variáveis.

### **3.2 – Estudo da Vulnerabilidade ao Stress**

As estatísticas relativas à escala 23 QVS, revelam um valor médio na totalidade da amostra de 31.05 ( $Dp = 9.335$ ). Desta forma, infere-se que, em termos médios, na nossa amostra, não existe tendência para a vulnerabilidade ao stress, pois o autor da escala, Vaz Serra (2000) considerou como valor de corte o *score* de 43 e só acima desse valor se pode considerar que o indivíduo poderá estar mais exposto ao stress.

Para completar o estudo da Vulnerabilidade ao Stress, seguimos os critérios do autor da escala, Vaz Serra (2000), e classificamos os enfermeiros chefes em dois grupos: o primeiro, diz respeito aos enfermeiros que obtiveram scores inferiores ou iguais a 43, isto é, “sem vulnerabilidade ao stress”, constituído por 92.3%, ou seja, a maioria dos enfermeiros chefes, e o segundo, constituído pelos indivíduos cujo *score* foi superior a 43 e, portanto, “com vulnerabilidade ao stress”, representando apenas 7.7%. Embora, os homens se apresentem mais vulneráveis ao stress (14.7%) do que as enfermeiras (4.8%), não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos (teste Qui-Quadrado:  $\chi^2 = 3.320$ ;  $p = 0.068$ ), (cf. Quadro 2).



**Quadro 2 – Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress em função do Sexo**

Sexo	Sem Vulnerabilidade		Com Vulnerabilidade		Total	
	n	%	n	%	N	%
Masculino	29	85,3	5	14,7	34	100,0
Feminino	79	95,2	4	4,8	83	100,0
Total	108	92,3	9	7,7	117	100,0

Sexo ( $\chi^2= 3,320$ ;  $p=0,068$  n.s.)

O valor de t evidencia que 4.5% da variação da vulnerabilidade ao stress dos Enfermeiros Chefes deve-se à variável idade, ou seja, quando aumenta a idade, aumenta também a vulnerabilidade ao stress, (cf. Quadro 3).

Observámos, ainda, que o tempo de serviço a exercer funções de chefia explica 4.6% da variância da vulnerabilidade ao stress (nota global), pelo que, concluímos que quanto maior é o tempo de chefia maior é a vulnerabilidade ao stress dos enfermeiros chefes, (cf. Quadro 3).

**Quadro 3 – Regressão linear simples entre a Vulnerabilidade ao Stress e a Idade e o Tempo de Serviço a exercer funções de chefia**

FACTORES	Idade					Tempo de Serviço a exercer funções de Chefia				
	r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p	r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p
Vulnerabilidade ao Stress (Nota Global)	0,213	4,5	0,021*	2,337	0,021*	0,214	4,6	0,020*	2,351	0,020*

$p>0,05$  ns

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

\*\*\* $p<0,001$

A vulnerabilidade ao stress é independente das Habilitações Académicas, (teste Kruskal-Wallis:  $H=3.759$ ;  $p=0.153$ ), (cf. Quadro 4).

Os enfermeiros especialistas que exercem funções de chefia, são os que apresentam maior vulnerabilidade ao stress ( $\bar{x}=34.62$ ), sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $H=6.152$ ;  $p=0.046$ ), ou seja, a categoria profissional tem influência na vulnerabilidade dos enfermeiros chefes, (cf. Quadro 4).

Os enfermeiros do modelo SPA apresentam, em média, maior vulnerabilidade ao stress ( $\bar{x}$  =37.27), sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas (H=6.723; p=0.035). Deste modo, inferimos que o modelo de gestão hospitalar pode influenciar a vulnerabilidade ao stress dos enfermeiros chefes, (cf. Quadro 4).

**Quadro 4 – Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress**

	$\bar{x}$	Dp	Teste de Kruskal-Wallis
<b>HABILITAÇÕES ACADÉMICAS</b>			
<b>Bacharelato</b>	44,00	15,920	H=3,759 p=0,153 n.s.
<b>Licenciatura</b>	30,47	8,926	
<b>Mestrado</b>	30,46	6,379	
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>			
<b>Enfermeiro Graduado</b>	26,10	11,270	<b>H=6,152</b> <b>p=0,046*</b>
<b>Enfermeiro Especialista</b>	34,62	8,721	
<b>Enfermeiro Chefe</b>	30,76	9,026	
<b>MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR</b>			
<b>SPA</b>	37,27	12,657	<b>H=6,723</b> <b>p=0,035*</b>
<b>EPE</b>	30,76	8,983	
<b>Privada</b>	28,00	5,924	

p>0,05 ns

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

### **3.3 – Estudo do Locus de Controlo**

De acordo com os autores desta escala, este inventário não comporta um valor global, mas antes, três notas oriundas de cada um dos três factores que são independentes entre si. Desta forma, são considerados os factores Internalidade (I), a externalidade (P) e a externalidade devido ao acaso (C).

O sexo masculino em média valor superior de internalidade e externalidade, por sua vez as enfermeiras possuem maior externalidade devido ao acaso, contudo os testes estatísticos utilizados revelam que as diferenças estatísticas não são significativas, (Internalidade: t=0.733; p=0.465; Externalidade: t=0.079; p=0.937 e Externalidade devido ao acaso: U=1202.0; Z=-1.259; p=0.208), (cf. Quadro 5).

**Quadro 5 – Caracterização dos factores do Locus de Controlo em função do sexo**

	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	
<b>INTERNALIDADE (I)</b>								<b>Teste t Student</b>
<b>Masculino</b>	22	39	31,26	4,107	-0,923	0,608	13,14	t=0,733 p=0,465 n.s.
<b>Feminino</b>	22	41	30,72	3,423	0,746	1,195	11,14	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>41</b>	<b>30,88</b>	<b>3,625</b>	<b>0,018</b>	<b>1,074</b>	<b>11,74</b>	
<b>EXTERNALIDADE (P)</b>								<b>Teste t Student</b>
<b>Masculino</b>	11	28	20,74	4,705	-0,799	-1,340	22,69	t=0,079 p=0,937 n.s.
<b>Feminino</b>	8	30	20,66	4,457	-1,439	-0,367	21,57	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>20,68</b>	<b>4,510</b>	<b>-1,459</b>	<b>-1,101</b>	<b>21,81</b>	
<b>EXTERNALIDADE, DEVIDO AO ACASO (C)</b>								<b>Teste U Mann-Whitney</b>
<b>Masculino</b>	12	30	20,62	4,767	-0,174	-0,831	23,12	U=1202,0 Z=-1,259 p=0,208 n.s.
<b>Feminino</b>	8	29	21,69	3,978	-2,939	1,824	18,34	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>21,38</b>	<b>4,230</b>	<b>-2,410</b>	<b>-0,370</b>	<b>19,75</b>	

p>0,05 ns

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

O factor internalidade associou-se negativamente com a idade ( $r=-0.217$ ;  $p=0.019$ ), com um valor de t que evidencia que a idade explica 4.7% da variância do locus interno, ou seja, quando a idade aumenta a internalidade diminui. No que concerne ao Tempo de Serviço a exercer funções de Chefia, o teste t revela que as associações encontradas são estatisticamente não significativas ( $p>0.05$ ).

Os enfermeiros com o grau de mestre apresentam, em média, valores mais elevados de internalidade ( $\bar{x}=33.40$ ). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $F=9.419$ ;  $p=0.000$ ), pelo que concluímos, que quanto maior o grau de formação académica, maior é também a internalidade dos enfermeiros chefes. Na Externalidade e na externalidade devido ao acaso inferimos que as diferenças encontradas não são significativas ( $p>0.05$ ), (cf. Quadro 6).

A **Categoria Profissional** é independente dos factores do locus de controlo ( $p>0,05$ ).

No **Modelo de Gestão Hospitalar**, os enfermeiros chefes que pertencem ao modelo hospitalar Gestão Privada são os que apresentam maior internalidade, com um valor médio de 31.96, sendo as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $F=4.461$ ;  $p=0.014$ ). Os factores Externalidade e Externalidade devido ao acaso são independentes do Modelo de Gestão Hospitalar, ( $p>0,05$ ), (cf. Quadro 7).

**Quadro 6 – Caracterização do factor Internalidade em função das Habilitações Académicas**

	$\bar{x}$	Dp	
<b>INTERNALIDADE (I)</b>			<b>ANOVA</b>
<b>Bacharelato</b>	26,00	3,742	<b>F=9,419</b> <b>p=0,000***</b>
<b>Licenciatura</b>	30,74	3,392	
<b>Mestrado</b>	33,40	3,247	

**Quadro 7 – Caracterização da Internalidade em função do Modelo de Gestão Hospitalar**

	$\bar{x}$	Dp	
<b>INTERNALIDADE (I)</b>			<b>ANOVA</b>
<b>SPA</b>	28,53	4,357	<b>F=4,461</b> <b>p=0,014*</b>
<b>EPE</b>	31,01	3,276	
<b>Gestão Privada</b>	31,96	3,760	

### ***Perfil psicológico dos Enfermeiros Chefes***

Se quiséssemos traçar o perfil psicológico médio dos enfermeiros chefes, teríamos um enfermeiro com bom auto-conceito ( $\bar{x}$  =71.25), sem vulnerabilidade ao stress (92.3%), predominantemente interno ( $\bar{x}$  =30.88) nas atribuições de *locus* controlo.

### ***3.4 – Correlação entre o Auto-Conceito, a Vulnerabilidade ao Stress e Locus de Controlo***

A análise efectuada à matriz de correlação entre o auto-conceito e a vulnerabilidade ao stress, revela uma associação moderada e inversa, ou seja, quando o auto-conceito aumenta, a vulnerabilidade ao stress diminui. O valor de t observamos revela que a Vulnerabilidade ao Stress explicam 21.9% da variabilidade do auto-conceito dos Enfermeiros Chefes. Inferimos que os enfermeiros chefes com um melhor auto-conceito estão menos vulneráveis ao stress, (cf. Quadro 8).

As correlações entre o inventário do auto-conceito e o *locus* de controlo, evidência associações baixas, oscilando entre  $r=0,241$  e  $r=0,295$ , variando na razão inversa na externalidade e na externalidade devido ao acaso, e positiva no factor internalidade. Os valores de t evidencia que os factores internalidade, externalidade e externalidade devido ao

acaso explicam respectivamente 7.6%, 5.8% e 8.7% da variância do auto-conceito. Pelo que quando existe um predomínio do locus interno o auto-conceito é melhor, por sua vez quando a externalidade e a externalidade devido ao acaso aumentam, o auto-conceito é pior, (cf. Quadro 8).

**Quadro 8 – Regressão linear simples entre o Auto-Conceito, a Vulnerabilidade ao Stress e os factores do Locus de Controlo**

		AUTO-CONCEITO				
		r	r <sup>2</sup>	p	t	p
<b>Vulnerabilidade ao Stress (Nota Global)</b>		<b>-0,468</b>	<b>21,9</b>	<b>0,000***</b>	<b>-5,676</b>	<b>0,000***</b>
<b>Factores do Locus de Controlo</b>	<b>Internalidade</b>	<b>0,272</b>	<b>7,6</b>	<b>0,003**</b>	<b>3,028</b>	<b>0,003**</b>
	<b>Externalidade</b>	<b>-0,241</b>	<b>5,8</b>	<b>0,009**</b>	<b>-2,663</b>	<b>0,009**</b>
	<b>Externalidade, devido ao acaso</b>	<b>-0,295</b>	<b>8,7</b>	<b>0,001**</b>	<b>-3,312</b>	<b>0,001**</b>

p>0,05 ns

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

O estudo da associação entre os factores do *Locus* de Controlo (internalidade, externalidade e externalidade devido ao acaso) e a Vulnerabilidade ao Stress dos enfermeiros chefes, revelou que:

- quando a vulnerabilidade aumenta a internalidade do locus de controlo diminui ( $r=-0.347$ ;  $p=0.000$ );
- quanto maior a externalidade maior é a vulnerabilidade dos enfermeiros ( $r=0,288$ ;  $p=0.002$ );
- os enfermeiros que pontuam com scores mais elevados de vulnerabilidade também manifestam maior tendência à externalidade devido ao acaso ( $r=0.410$ ;  $p=0.000$ ), (cf. Quadro 9);

Os valores de t evidencia que os factores do *Locus* de Controlo: *Internalidade*, *Externalidade* e *Externalidade devido ao acaso*, explicam respectivamente 12.0%, 8.3% e 16.8% da variância da vulnerabilidade ao stress dos Enfermeiros Chefes, (cf. Quadro 9).

**Quadro 9 – Regressão linear simples entre os factores do Locus de Controlo e a Vulnerabilidade ao Stress (Factores e Nota Global)**

	<i>VULNERABILIDADE AO STRESS</i>				
	<i>r</i>	<i>r</i> <sup>2</sup> (%)	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
INTERNALIDADE	-0,347	12,0	0,000	-3,962	0,000
EXTERNALIDADE	0,288	8,3	0,002	3,226	0,002
EXTERNALIDADE DEVIDO AO ACASO	0,410	16,8	0,000	4,826	0,000

p>0,05 ns

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

**4 - Discussão dos Resultados e Considerações Finais**

Indo de encontro ao objectivo “**Caracterizar o Enfermeiro Chefe, do ponto de vista psicológico, ao considerarmos o seu auto-conceito, a sua vulnerabilidade ao stress e locus de controlo**” identificámos um Enfermeiro Chefe com razoável **Auto-Conceito** ( $\bar{x}$  =68.9), inferior ao da população portuguesa em geral obtida nos estudos de Vaz Serra (1986), e igualmente mais baixo do obtido por Patrício (2009), Júnior (2009) e Júnior & Almeida (2009), que desenvolveram os seus estudos junto de Enfermeiros.

As enfermeiras possuem melhor auto-conceito que os enfermeiros, o que vai de encontro aos estudos de Patrício (2009), Júnior & Almeida (2009), mas contrariamente aos de Vaz Serra (1986), Nunes (1999), Albuquerque (1999 e 2004) e Júnior (2009), onde os indivíduos do sexo masculino demonstraram possuir melhor auto-conceito.

Em relação à variável Modelo de Gestão Hospitalar, inferimos que os enfermeiros que exercem funções no modelo de Gestão Privada apresentam melhor auto-conceito e os enfermeiros do modelo SPA apresentam pior auto-conceito, contudo as diferenças não são significativas. Os resultados de Júnior (2009), vêm de encontro aos nossos, relativamente ao menor auto conceito dos enfermeiros do modelo SPA.

No que se refere à **Vulnerabilidade ao Stress**, os resultados demonstraram que 92.3% dos Enfermeiros Chefes não se apresentam vulneráveis ao stress. Resultado semelhante obtiveram Patrício & Almeida (2009), embora com uma percentagem inferior (82,5%). Contrariamente, Santos et.al. (2006) referiram que, as condições e a sociedade em que a profissão de enfermagem se desenvolve actualmente são motivo de situações de *distress*. O desfasamento existente entre a formação recebida durante o curso e a realidade laboral nas

actuais estruturas organizacionais, constitui um factor de risco para o aparecimento de situações de *stress*, frustração e desmotivação.

Melo (2008), reforçando a opinião do autor anterior, relata que a profissão de enfermagem é factor de desgaste emocional e de um enorme esgotamento profissional.

Quando comparados relativamente ao sexo, são os homens os que se apresentam mais vulneráveis ao stress. Resultados afins, obteve Patrício & Almeida (2009), porém Nunes et.al. (2005) encontraram maior vulnerabilidade no sexo feminino.

O aumento da idade e do tempo de serviço a exercer funções de chefia leva ao aumento da vulnerabilidade ao stress. Contrariamente, Pina (2004) e Patrício (2009), nos seus estudos, inferiram que a vulnerabilidade ao stress é independente destas variáveis.

Os Enfermeiros Especialistas são os mais vulneráveis ao stress, por sua vez, e em sentido contrário, os enfermeiros graduados são os menos vulneráveis. Em sentido discordante os resultados de Patrício (2009), permitiram verificar que são os enfermeiros graduados os que têm maior vulnerabilidade ao stress.

Verificámos ainda que, os Enfermeiros Chefes que pertencem ao modelo de gestão SPA têm maior vulnerabilidade ao stress, sendo os menos vulneráveis os que desempenham funções no modelo de Gestão Privada. Resultados opostos obtiveram Patrício & Almeida (2009), que verificaram que os enfermeiros que desempenham funções no Hospital de Águeda<sup>7</sup> são os mais vulneráveis e os enfermeiros que desempenham funções no Hospital Distrital de Lamego<sup>8</sup> os menos vulneráveis.

Em relação ao **Locus de Controlo** inferiu-se que nos factores *Internalidade (I)*, *Externalidade (P)* e na *Externalidade, devido ao acaso (C)*, os valores médios foram 30.88, 20.68 e 21.38, respectivamente. Concluímos desta forma, que os Enfermeiros Chefes apresentam predominantemente um *Locus* de Controlo interno.

Também Queirós (2005) com uma média superior ( $\bar{x}$  =31.07) e Soares (2007) com uma média inferior ( $\bar{x}$  =29,94), inferiram um valor mais elevado na dimensão Internalidade o que torna possível inferir, que os inquiridos têm uma elevada percepção de controlo pessoal sobre os acontecimentos importantes da sua vida.

---

<sup>7</sup> Hospital com o Modelo de Gestão EPE;

<sup>8</sup> Hospital com o Modelo de Gestão SPA, aquando da investigação realizada pelos autores;

Observámos que a internalidade é maior nos enfermeiros chefes mais novos, nos que possuem grau de mestre e nos enfermeiros que desempenham funções nos hospitais com Gestão Privada.

Os restantes factores do *Locus* de controlo (Externalidade, Externalidade devido ao acaso) não sofrem influência das variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e profissionais (habilitações académicas, categoria profissional, tempo de serviço em funções de chefia e modelo de gestão hospitalar).

Nesta investigação estudámos ainda a **associação entre as variáveis psicológicas Auto-conceito, Vulnerabilidade ao Stress e *Locus* de Controlo**, e verificámos existirem correlações negativas ente o auto-conceito e a vulnerabilidade ao stress, ou seja, os enfermeiros com melhor auto-conceito apresentam menor vulnerabilidade. Resultados corroborados por Patrício (2009) que citando Andrade (1997), refere que a propensão para desenvolver sintomas devido ao stress é menor quando o auto-conceito do indivíduo é elevado. Melo (2008), salienta ainda que, quanto melhor o auto-conceito do indivíduo, melhor preparado estará para lidar com as dificuldades potenciadoras de stress, que terá de enfrentar no dia-a-dia.

Constatámos que enfermeiros com melhor auto conceito possuem um *locus* de controlo predominantemente interno, e em sentido contrário, observámos que enfermeiros com fraco auto conceito possuem um *locus* de controlo onde predomina a externalidade.

Na revisão bibliográfica efectuada, não encontramos estudos que relacionassem o auto-conceito com o *Locus* de Controlo. No entanto, Trigo et.al. (2007), constatou que os indivíduos que possuem maior *locus* de controlo interno, possuem maior auto-estima, autoconfiança e auto-eficácia, sendo que, a auto-estima é considerada por Vaz Serra (1988) um constituinte efectivo e importante do auto-conceito.

Identificámos ainda que, o aumento da vulnerabilidade ao stress leva a um aumento da externalidade, da externalidade devido ao acaso e à diminuição da internalidade. Na investigação desenvolvida por Maslach, Schaufeli, & Leiter (2001), onde pretendiam determinar a relação entre o stress no trabalho (*burnout*<sup>9</sup>) e o *Locus* de Controlo, inferiram que os indivíduos que possuem um *locus* de controlo interno elevado apresentam menos

---

<sup>9</sup> Cherniss (1995) cit. por Júnior (2009) definiu o *burnout* como as mudanças pessoais negativas que ocorrem em profissionais de ajuda, trabalhando em empregos exigentes ou frustrantes. Este síndrome é ainda definido como uma reacção adaptativa ao *stress* no trabalho (Bibeau & Poirier, 1985; cit. por Queirós, 2005).



stress no trabalho (*burnout*), por sua vez indivíduos com *locus* de controlo externo apresentam maior sintomatologia stressante.

A caracterização psicológica do Enfermeiro Chefe na vertente do auto-conceito, vulnerabilidade ao stress e *Locus* de controlo, revelou-se de extrema importância na compreensão do Enfermeiro Chefe que temos a liderar. Neste sentido, sentimos ter-se tratado de uma experiência ímpar.

Numa conjuntura de recessão, associada, no extremo oposto, a um incremento de demandas de cuidados quando os hospitais já estão superlotados, é a prova de como os profissionais de saúde estão a trabalhar sob alto grau de *stress*. No caso dos enfermeiros, os baixos salários de que usufruem e o número insuficiente para a assistência directa aos doentes, tornam o trabalho do líder uma missão difícil de realizar de forma eficaz e eficiente. Assim, ultrapassar as adversidades que sistematicamente são colocadas aos Enfermeiros Chefes da área hospitalar, é um desafio constante, implicando o aperfeiçoamento das suas capacidades e condutas de liderança.

Resulta que, estes Enfermeiros Chefes são posicionados não só perante os problemas relacionados especificamente com a sua profissão, mas também perante os problemas relacionados com a sua posição na hierarquia organizacional, relacionados com as responsabilidades das suas funções e competências, inerentes à gestão e liderança dos grupos que chefiam e satisfação das expectativas e necessidades dos doentes atendidos pela organização, (Dias, 2001).

Se pensarmos nas pressões a que o Enfermeiro Chefe está sujeito diariamente enquanto elo de ligação chefias de topo/colaboradores directos, parece-nos que este aspecto carece de uma reflexão profunda das entidades competentes (Conselhos de Administração, Direcções de Enfermagem), no sentido de prevenir o *stress* deste grupo profissional, uma vez que prevenir é mais fácil e eficaz do que tratar. Tal como diz Pina (2004) o *stress* interfere no desempenho e parece haver uma relação inversa entre o *stress* psicológico, confiança e performance nas tarefas.

### **Referências Bibliográficas**

Albuquerque, C. M. – Características Psicológicas associadas à Saúde em Estudantes do Ensino Superior. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos – Instituto Superior Miguel Torga, 1999. 315 p. Dissertação de Mestrado.

- Albuquerque, C. M. – Comportamientos de salud y de riesgo en la adolescência: determinantes psicosociales y cognitivos. Badajoz: Universidad de Extremadura, 2004. 550 p.
- Albuquerque, C.; Oliveira, C. – Características Psicológicas associadas à Saúde: A importância do Auto-Conceito [Em linha]. 2008. [Consultado em 29 Maio 2009]. Disponível em [http://www.ipv.pt/millennium/Millennium26/26\\_22.htm](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium26/26_22.htm).
- Costa, E.; Leal, I. – Dimensões sócio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Análise Psicológica*. Lisboa: [s.n.]. nº 7 (Jul./Set. 2005) 247-260.
- Dias, M. – A Liderança em Enfermagem: Estudo do Líder, do Liderado e da Motivação. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- Júnior, Luís M. – O Enfermeiro nos Diferentes Modelos de Gestão Hospitalar. Viseu: Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras. 2009. Tese de Mestrado em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde.
- Júnior, Luís M.; Almeida, Micaela S. – Variáveis Socioprofissionais e Auto-Conceito em Enfermagem. In ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VILA REAL – Investigação em Saúde: Contributos. 1ª ed. Vila Real, 2009. ISBN 978-972-97739-5-2.
- Maslach, C.; Schaufeli, W.; Leiter, M. – Job Burnout. *Annu. Ver. Psychol.* nº 52 (2001).
- Miranda, B. – Dificuldades de aprendizagem e auto-conceito. Minho: Universidade do Minho – Instituto de Estudos Da Criança, 2005. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, especialidade de Dificuldades de Aprendizagem.
- Melo, R. C. C. P. – Auto-conceito: Implicações no desenvolvimento de estratégias de coping. *Nursing*. nº 230 (Fev. 2008) 6-13.
- Nunes, M. M. J. C. – Qualidade de Vida e Diabetes: Influência das Variáveis Psicossociais. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 1999. 306 p. Dissertação de Mestrado.
- Patrício, Hélder F. – Liderança Vs Satisfação Profissional. Viseu: Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, 2009. Tese de Mestrado em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde.
- Patrício, Hélder F.; Almeida, Micaela S. – Liderança em Enfermagem. In ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VILA REAL – Investigação em Saúde: Contributos. 1ª ed. Vila Real, 2009. ISBN 978-972-97739-5-2.
- Pina, F. – Stress, Burnout e Satisfação Profissional dos Enfermeiros da VMER. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos, 2004. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde.
- Ribeiro, O. – Satisfação dos Profissionais da Saúde. Lisboa: ISCTE, 2005. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde.
- Santos, M. [et.al.] – Satisfação profissional dos enfermeiros do HEM, S.A. *Revista Nursing*. Lisboa: [s.n.]. nº 212 (2006) 7-12.

- Soares, J. – Satisfação geral no trabalho dos Enfermeiros. Clima organizacional e características pessoais. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas.
- Trigo, T. [et.al.] – Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Revista Psiquiatria Clínica. São Paulo: [s.n.]. nº 34 (2007).
- Vaz Serra, A. – O inventário clínico de auto-conceito. Psiquiatria Clínica. 7:2 (Abril/Junho 1986).
- Vaz Serra, A. – Construção de uma Escala para Avaliar a Vulnerabilidade ao Stress: a 23 QVS. Psiquiatria Clínica. (2000) 21:261 308.



## Liderança vs Satisfação Profissional

Patrício, H.<sup>1</sup>, Guterres, C.<sup>2</sup>, Júnior, L.<sup>3</sup> & Almeida, M.<sup>4</sup>

### Resumo

Uma melhor satisfação profissional reflecte-se em benefícios para os profissionais envolvidos, assim como na qualidade dos cuidados prestados à população, constituindo ainda, um dos critérios de avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde.

Neste âmbito, a presente investigação teve como objectivos: caracterizar a satisfação profissional dos Enfermeiros e analisar a influência da satisfação com a supervisão, das variáveis sócio-demográficas, profissionais e psicológicas na satisfação profissional.

Optou-se por um estudo transversal, tendo por base uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 342 Enfermeiros que desempenham funções nos Hospitais São Teotónio E.P.E., Distrital de Lamego e Distrital de Águeda.

Como instrumentos de colheita de dados foram utilizados: um questionário de caracterização sócio-demográfica e profissional, a escala de Satisfação com a Supervisão (por Garrido, 2004, adaptado de Munson, 2000), o Índice Descritivo de Trabalho (Warr e Routledge, 1969, traduzido e adaptado por Jesuino et al., 1983), a escala de Vulnerabilidade ao Stress (Vaz Serra, 2000) e o Inventário Clínico de Auto-conceito (Vaz Serra, 1986).

Os resultados mostram Enfermeiros com idades compreendidas entre os 23 e os 57 anos ( $\bar{x}$  =35,53), maioritariamente do sexo feminino (74,85%), com a classe profissional de Enfermeiro Graduado (55,60%), ligados aos Quadros da função pública (65,20%) e a trabalhar em Roullement (83,90%).

Dos Enfermeiros estudados, 42,4% encontram-se altamente satisfeitos e 19,0% estão razoavelmente satisfeitos profissionalmente. Relativamente à supervisão de que são alvo 80,6% dos Enfermeiros apresentam uma satisfação “alta” ou “muito alta”.

Face aos resultados, inferem-se as variáveis “satisfação com a supervisão” e “auto-conceito” como influenciadoras da satisfação profissional dos enfermeiros, devendo as mesmas ser consideradas, pelos gestores hospitalares, no sentido de promover melhor qualidade de cuidados.

---

<sup>1</sup> Helder Patrício - Hospital São Teotónio de Viseu.

<sup>2</sup> Clelia Guterres - Unidade de Saúde Familiar Viriato.

<sup>3</sup> Luís Júnior - Hospital Egas Moniz, CHLO.

<sup>4</sup> Micaela Almeida - Hospital Egas Moniz, CHLO.

**Palavras-chave: Liderança; Satisfação Profissional; Enfermeiros.**

## **Introdução**

A importância de uma boa liderança foi sempre reconhecida como fundamental para o sucesso de qualquer organização. Líderes como Alexandre o Grande, Napoleão Bonaparte, Abraham Lincoln, Adolf Hitler, Henry Ford ou Martin Luther King, são disso exemplo.

Embora a noção de liderança tenha surgido no Sec. XIX, com o início da era industrial e a primeira investigação empírica de liderança tenha sido publicada em 1904, foi apenas durante a I Guerra Mundial que este tema teve um maior impulso. Durante o período que mediou as duas Grandes Guerras, foram feitos diversos estudos sobre a importância da identificação dos traços de liderança e à forma como o Homem alcança posições de liderança.

Só após a II Guerra Mundial, com a rápida industrialização e o desenvolvimento de grandes organizações burocráticas no mundo dos negócios e nos governos é que a necessidade de uma nova liderança, não geracional, realmente se fez sentir.

Mais recentemente o conceito tem sido definido como o processo de persuasão e exemplo pelo qual um indivíduo (ou equipa de liderança) induz um grupo a procurar objectivos determinados pelo líder ou partilhados pelo líder e seus seguidores (Hooper & Potter, 2006).

Mais do que em qualquer outra época, o profissional de saúde é solicitado a desempenhar o papel de líder. Isto porque uma organização moderna requer a adesão do seu pessoal para alcançar os seus objectivos e prosseguir a sua missão. Neste âmbito, Drucker (2008) defende que a base de uma liderança eficaz é reflectir sobre a missão da organização, defini-la e consolidá-la de forma clara e visível. Um líder estabelece os objectivos, as prioridades, mantém os padrões e, acima de tudo, é alguém que toma decisões de forma clara e inequivocamente.

Cada vez mais é imprescindível que o líder encare o seu papel como uma responsabilidade e não como estatuto ou privilégio. Um líder eficaz quer parceiros fortes, encoraja-os, pressiona-os e orgulha-se deles. Não teme a sua força e/ou capacidades/qualidades pessoais, encarando os triunfos dos seus colaboradores como seus e não como ameaças à sua posição, (Drucker, 2008).

O verdadeiro líder, aquele que se faz seguir por todos os elementos de uma equipa, assume as responsabilidades quando as coisas correm menos bem, estimulando, desta

forma, o trabalho da sua equipa em prol de um objectivo comum. Estes líderes não proporcionam apenas satisfação profissional, mas também satisfação pessoal, já que o trabalho faz parte da vida de cada um. É importante que cada elemento da equipa se sinta realizado, para isso deve ser ajudado a encarar o trabalho com satisfação e como garantia de um futuro melhor.

No contexto da Enfermagem, Balsanelli & Cunha (2006), salientam a liderança como uma das ferramentas imprescindíveis no processo de trabalho do enfermeiro e, sendo a Enfermagem uma parcela fundamental da estrutura organizacional da saúde, ela precisa de se desenvolver no sentido da liderança e não da chefia, assim, o enfermeiro deverá ser líder e não chefe.

Ainda para Balsanelli & Cunha (2006), o “Enfermeiro Chefe” traz na sua essência o contacto com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, na gestão de equipas, ou na preocupação com quem cuida, resolvendo conflitos, praticando a equidade na tomada de decisões, norteando-se pela ética e lei do exercício profissional, orientando novas condutas, procurando a participação dos seus pares na construção de novos projectos, devendo servir de inspiração para todos os seus seguidores. Assim, o “Enfermeiro Chefe” deverá ser um líder e não um chefe ou um simples gestor.

No entanto, pensamos que a classe de enfermagem tem que romper com o passado, nomeadamente com a apatia individual, causa ou efeito da maioria dos “Enfermeiros Chefes” serem-no por carreira e não obrigatoriamente por competência ou formação. Por isso, precisa-se de um desenvolvimento de líderes em enfermagem e conseqüentemente de lideranças fortes, competentes e ambiciosas, para que toda a classe saia valorizada e dignificada. Assim, tal como afirmam Marquis & Huston (2002), transformar-se num melhor líder começa com uma compreensão básica do que é a liderança, de como esta capacidade pode ser desenvolvida e evoluir constantemente, adaptando-se às permanentes mutações do conceito de liderança.

Concluindo, poder-se-á afirmar que a liderança torna-se essencial na vida profissional do enfermeiro, pois estar apto para se comunicar claramente com o grupo, ser capaz de apontar soluções para os conflitos, ter iniciativa na tomada de decisões, saber correr riscos e permanecer sempre actualizado, são atributos que garantem um desempenho satisfatório na arte de cuidar, (Ribeiro et al., 2006).

Desta forma os “Enfermeiros Chefes” devem ser capazes de motivar, influenciar ou dirigir o comportamento dos elementos das suas equipas, exercendo assim a liderança, que constitui uma das mais importantes influências sobre o desempenho do comportamento humano.

Na generalidade dos estudos, a relação entre o líder e os seus subordinados é posta em segundo plano, no entanto, ela é extremamente importante para a satisfação no trabalho e para um trabalho mais eficaz. Assim, procuramos responder às seguintes questões: *Qual o grau de satisfação profissional dos enfermeiros estudados? e Quais os factores determinantes na sua satisfação profissional?*

## **1- Metodologia de investigação**

### **1.1 – Objectivos**

Este estudo está direccionado para a problemática da satisfação profissional dos enfermeiros, pretendendo conhecer mais concretamente o seu grau de satisfação profissional; identificar quais as variáveis que influenciam essa satisfação; caracterizar o enfermeiro do ponto de vista sócio-demográfico, profissional e psicológico.

### **1.2 – Hipóteses**

Tendo em conta que uma hipótese é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis em estudo, neste estudo, partindo-se do conhecimento teórico e prático, deduziram-se as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 – As variáveis Sócio-demográficas (Sexo e Idade) influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros;
- Hipótese 2 – As Variáveis Profissionais (Local de trabalho; Categoria Profissional; Vínculo Laboral; Tempo de serviço na Profissão; Horário de trabalho praticado) influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros;
- Hipótese 3 – As Variáveis Psicológicas Auto-Conceito e Vulnerabilidade ao Stress estão associadas à Satisfação Profissional dos Enfermeiros;
- Hipótese 4 – A satisfação do Enfermeiro com a Supervisão do seu “Enfermeiro Chefe” influencia a sua Satisfação Profissional;



### **1.3 – Tipo de estudo**

O tipo de estudo equacionado para esta investigação, confere as seguintes características:

- Segue os métodos do estudo de análise quantitativa;
- Insere-se no tipo de investigação não experimental;
- É um estudo transversal;
- É um estudo descritivo e correlacional.

### **1.4 – Amostra**

A amostra escolhida para este estudo é do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 342 enfermeiros, sendo que 215 (62,9%) exercem a sua actividade proissional no Hospital São Teotónio EPE, 79 (23,1%) no Hospital Distrital de Lamego e 48 (14,0/%) no Hospital Distrital de Águeda.

### **1.5 – Intrumento de recolha de dados**

Tendo em conta os objectivos a que nos propusemos, os instrumentos por nós seleccionados para a colheita de informação um questionário biográfico, constituído por perguntas com a finalidade de caracterizar a amostra em termos sócio-demográficos e profissionais e escalas elaboradas por outros investigadores já traduzidas e aferidas para a população portuguesa.

As escalas utilizadas foram: a escala de Satisfação com a Supervisão (por Garrido, 2004, adaptado de Munson, 2000), o Índice Descritivo de Trabalho (Warr e Routledge, 1969, traduzido e adaptado por Jesuino et al., 1983), a escala de Vulnerabilidade ao Stress (Vaz Serra, 2000) e o Inventário Clínico de Auto-conceito (Vaz Serra, 1986).

No que respeita às escalas foram utilizadas as seguintes escalas:

**“Escala de satisfação com a supervisão”** adaptada de Munson (2002) – Short Form Supervision Satisfaction Questionnaire por Garrido (2004), que procura avaliar a satisfação dos profissionais com o seu superior hierárquico, sendo composta por 23 itens. Cada questão apresenta 6 possibilidades de resposta que vai desde o “Discordo Plenamente” até ao “Concordo Plenamente”, cujos coeficientes de ponderação variam respectivamente entre 1 e 6. A nota global pode oscilar entre um mínimo de 23 a um máximo de 138 e as categorias de interpretação relativamente ao nível de satisfação com a supervisão podem ser: “Muito

Baixa” (23 a 46); “Baixa” (47 a 69); “Moderada” (70 a 92); “Alta” (93 a 115); “Muito Alta” (116 a 138). Os somatórios inferiores a 70 devem ser considerados merecedores de intervenção para prevenir ruptura significativa do processo de supervisão. A escala é ainda subdividida em três factores: Acompanhamento pessoal e profissional; Acompanhamento das práticas; Condicionantes do contexto supervensivo.

A segunda escala é denominada de “**23QVS**” que avalia a Vulnerabilidade ao Stress e foi construída e validada por Vaz Serra, em 2000. Esta apresenta, no final da soma total dos itens, uma pontuação compreendida entre um mínimo de 0 e um máximo de 92. O valor de 43, constitui um ponto de corte acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao stress (Vaz Serra, 2000).

Por fim temos o “**Inventário Clínico do Auto-conceito**” de Vaz Serra (1986), constituído por 20 itens, cujo objectivo é avaliar o auto-conceito dos inquiridos. Estas 20 questões procuram registar dados significativos relacionados com o auto-conceito social e emocional, considerados importantes no ajustamento pessoal. O somatório desta pode variar entre 20 e 100, tendo em consideração que quanto mais alto o resultado melhor é o auto-conceito da pessoa.

Para a realização deste estudo, foi pedida autorização aos presidentes dos concelhos de administração dos hospitais onde os enfermeiros que fazem parte da nossa amostra desempenham a sua actividade profissional, salientando-se ainda que o preenchimento do instrumento de colheita de dados foi voluntário e garantiu o anonimato de todos os intervenientes.

## **2 - Análise dos resultados**

### ***Caracterização socio-demográfica dos Enfermeiros***

No que respeita ao género, a amostra em estudo é composta por 86 indivíduos do género masculino (25,1%) e 256 indivíduos do género feminino (74,9%), o que perfaz um total de 342 enfermeiros.

No que concerne à idade, e de acordo com os resultados apresentados no Quadro 1, verificamos que a amostra é constituída por enfermeiros com idades compreendidas entre os 23 e os 57 anos, com uma média de 35,53 anos e um desvio padrão de 8,325 anos.

**Quadro 1 – Estatísticas referentes à Idade dos Enfermeiros segundo o Género e o Local de trabalho**

IDADE		n	MÍN	MÁX	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SK/ERRO	K/ERRO	CV	TESTE U DE MANN-
SEGUNDO GÉNERO	MASCULINO	86	23	52	36,00	7,485	0,692	-1,815	20,79	U=10250,000 Z=-0,956 p=0,339
	FEMININO	256	23	57	35,37	8,596	3,612	-2,264	24,30	
TOTAL DA AMOSTRA		342	23	57	35,53	8,325	3,576	-2,760	23,43	-----

De forma a melhor caracterizar o grupo de enfermeiros em relação à idade, constituíram-se grupos homogéneos tendo por base as frequências absolutas. Dos resultados apresentados na Tabela 1, verificamos que a maior percentagem de enfermeiros concentra-se abaixo dos 37 anos, com 58,2%. Entre os homens, o maior valor percentual recai no grupo dos 37-42 anos (25,6%), enquanto que nas mulheres o grupo etário mais representativo é o dos 43-57 anos, com 22,3%.

Ainda com base nos dados apresentados na Tabela 1, e no referente ao estado civil, constatamos que, existem 69,6% de enfermeiros casados ou em união de facto, 23,1% solteiros, 7,0% separados ou divorciados e, também, 0,3% viúvos.

Quer nos indivíduos do género masculino, como nos do género feminino, o estado civil predominante é o de casado/união de facto, respectivamente com 80,2% e 66,0%.

**Tabela 1 – Caracterização do Grupo Etário e do Estado Civil dos Enfermeiros segundo o Género**

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>SOCIO-DEMOGRÁFICAS</b>						
<b>Grupos etários</b>						
23 – 27 anos	12	14,0	53	20,7	65	19,0
28 – 31 anos	16	18,6	55	21,5	71	20,8
32 – 36 anos	18	20,9	45	17,5	63	18,4
37 – 42 anos	22	25,6	46	18,0	68	19,9
43 – 57 anos	18	20,9	57	22,3	75	21,9
$\chi^2=4,122$ ; gl=4; p=0,390						
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	13	15,1	66	25,8	79	23,1
Casado / União de facto	69	80,2	169	66,0	238	69,6
Separado / Divorciado	4	4,7	20	7,8	24	7,0
Viúvo	0	0,0	1	0,4	1	0,3
$\chi^2= 6,292$ ; gl=3; p=0,098						
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>	<b>256</b>	<b>100,0</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>

Se quiséssemos traçar o perfil socio-demográfico médio do Enfermeiro em estudo, teríamos um indivíduo do género feminino (74,9%), casado ou em união de facto (69,6%) e cuja idade média é de 35,53 anos.

### **Caracterização Profissional dos Enfermeiros**

Relativamente à categoria profissional, verificamos que, da nossa amostra, 55,6% são “enfermeiros graduados”, seguindo-se os “enfermeiros” com 33,9% e, por fim, os enfermeiros especialistas com 10,5% (cf. Tabela 2).

Quanto ao tempo de serviço, constatamos a maioria, 61,7% têm até 13 anos de serviço (cf. Tabela 2).

Em relação ao vínculo laboral, 65,2% da nossa amostra tem um contrato de trabalho com a função pública, enquanto que os restantes (34,8%) detêm um contrato individual de trabalho (cf. Tabela 2).

O tipo de horário praticado pela maioria dos enfermeiros (83,9%) é o horário de Roullement, enquanto que apenas 16,1% dos Enfermeiros, desempenha funções em horário fixo (c. f. Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição dos Enfermeiros segundo as Variáveis Profissionais**

VARIÁVEIS PROFISSIONAIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>Categoria profissional</b>						
Enfermeiro	26	30,2	90	35,2	116	33,9
Enfermeiro Graduado	53	61,6	137	53,5	189	55,6
Enfermeiro Especialista	7	8,2	29	11,3	36	10,5
$X^2= 2,260$ ; $gl=2$ ; $p=0,520$						
<b>Tempo de serviço</b>						
1 – 4 anos	15	17,4	47	18,4	62	18,1
5 – 9 anos	14	16,3	54	21,1	68	19,9
10 – 13 anos	16	18,6	65	25,4	81	23,7
14 – 19 anos	25	29,1	37	14,5	62	18,1
20 – 35 anos	16	18,6	53	20,6	69	20,2
$X^2= 9,759$ ; $gl=4$ ; $p=0,045$						
<b>Vínculo laboral</b>						
Quadro da função pública	62	70,9	162	63,3	223	65,2
Contrato individual de trabalho	25	29,1	94	36,7	119	34,8
$X^2= 1,166$ ; $gl=1$ ; $p=0,198$						
<b>Horário de trabalho praticado</b>						
Horário fixo (Manhãs)	10	11,6	45	17,6	55	16,1
Roullement	77	88,4	211	82,4	287	83,9
$X^2=2,063$ ; $gl=2$ ; $p=0,357$						

Se quiséssemos traçar o perfil socio-profissional médio do Enfermeiro em estudo, teríamos um Enfermeiro Graduado (55,60%), cujo tempo de serviço se encontra na casa dos 10-13 anos, com um vínculo laboral ligado ao Quadro da função pública (65,20%), a trabalhar em regime de Roullement (83,90%).

### **Caracterização Psicológica dos Enfermeiros**

No que respeita ao auto-conceito, os scores obtidos situam-se entre 52 e 97, sendo o valor mínimo e máximo de 20 e 100 respectivamente. O valor médio foi de 78,06, sendo superior ao da população portuguesa em geral, traduzindo que os enfermeiros apresentam-se com um auto-conceito elevado, (cf. Quadro 2).

As estatísticas relativas à escala 23 QVS revelam um score máximo de 71 e um mínimo de 6, sendo o valor médio obtido na totalidade da amostra de 35,19, inferindo-se que, em termos médios na nossa amostra, não existe tendência para a vulnerabilidade ao stress, pois os autores da escala consideram como valor de corte o score de 43 e só acima desse valor se pode considerar que o individuo poderá estar mais exposto ao stress, (cf. Quadro 2).

**Quadro 2 – Estatísticas referentes ao Auto-conceito e à Vulnerabilidade ao Stress**

	n	MÍN	MÁX	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SK/ <sub>ERRO</sub>	K/ <sub>ERRO</sub>	CV
<b>AUTO-CONCEITO (NOTA GLOBAL)</b>	34	52	97	78,06	8,083	-1,712	1,266	10,35
<b>TOTAL DA ESCALA 23QVS</b>	34	6	71	35,19	9,110	0,083	0,451	25,89

Para complementar o estudo da Vulnerabilidade ao Stress seguimos os critérios do Autor da escala Vaz Serra (2000) e dividimos os enfermeiros em dois grupos: os que obtiveram scores inferiores ou iguais a 43 (“**sem vulnerabilidade ao stress**”), e os que apresentaram scores superiores a 43 (“**com vulnerabilidade ao stress**”), concluindo-se que a maioria dos enfermeiros (82,5%) apresentam-se sem vulnerabilidade ao stress.

**Tabela 3 – Estatísticas referentes à Vulnerabilidade ao Stress Segundo o Género e Local de Trabalho**

	COM VULNERABILIDADE AO STRESS		SEM VULNERABILIDADE AO STRESS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>Total</b>	60	17,5	282	82,5	342	100,0

O perfil psicológico médio da nossa amostra, relativamente às variáveis psicológicas, mostra-nos um Enfermeiro sem vulnerabilidade ao stress ( 82,5%), com um bom auto-conceito (superior à da população portuguesa em geral).

### ***Caracterização da Satisfação com a Liderança***

Os scores para a variável Satisfação com a Supervisão, conforme o Quadro 3, oscilam, na nossa amostra, entre um mínimo de 28 e um máximo de 137, sendo a média observada de 105,96.

**Quadro 3 – Estatísticas referentes à Satisfação com a Supervisão segundo o Género**

GÉNERO	n	MÍN	MÁX	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SK/erro	K/erro	CV
TOTAL DA AMOSTRA	342	28	137	105,96	19,834	-9,295	5,711	18,72

Analisando, agora, a distribuição dos enfermeiros pelas categorias de satisfação com a supervisão, constata-se que a maioria dos enfermeiros (44,7%) se encontram **satisfeitos** com a supervisão e 36,0% **muito satisfeitos**, (cf. Tabela 4).

**Tabela 4 – Caracterização da amostra de Enfermeiros segundo a Satisfação com a Supervisão**

SATISFAÇÃO COM A SUPERVISÃO	TOTAL	
	n	%
Satisfação muito baixa	5	1,5
Satisfação baixa	17	5,0
Satisfação moderada	44	12,9
Satisfação alta	153	44,6
Satisfação muito alta	123	36,0
<b>Total da amostra</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>

### Caracterização da Satisfação Profissional

O estudo da Satisfação Profissional, revelou que os Enfermeiros apresentaram scores que oscilaram entre um valor mínimo de 15,94 e um máximo de 69,01, sendo a média de 53,04, o desvio padrão de 6,670 e a dispersão baixa em torno da média (12,58%) (cf. Quadro 4).

**Quadro 4 – Estatísticas referentes aos factores da Satisfação Profissional e à Satisfação Profissional (Nota Global)**

Satisfação Profissional	n	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão	SK/erro	K/erro	CV
Organização	-----	12,50	125,00	62,54	18,722	0,682	-1,776	29,94
Remuneração	-----	0,00	100,00	57,82	26,513	-14,265	61,281	45,85
Superior Imediato	-----	7,69	84,62	57,93	12,914	-9,379	6,235	22,29
Colegas do seu nível	-----	11,11	77,78	32,88	10,201	8,583	8,392	31,02
Promoção	-----	0,00	10,00	58,48	18,693	-3,121	-0,707	31,96
Trabalho em sí	-----	28,57	78,57	56,81	8,307	-2,121	2,684	14,62
Auxiliares	-----	18,18	127,27	44,79	12,980	10,189	16,954	28,98
<b>IDT (Nota Global)</b>	342	15,94	69,01	53,04	6,670	-0,523	2,114	12,58

Os três grupos, relativos à escala de satisfação profissional, elaborados na metodologia pelo método dos grupos extremos revisto (Pestana e Gageiro, 2005), revelou que os Enfermeiros apresentam uma alta satisfação profissional com 42,6%, no entanto este valor é seguido de perto pelo da baixa satisfação que é de 38,6%. No que respeita às diferentes dimensões, podemos observar que os Enfermeiros apresentam uma alta satisfação nas dimensões “organização” e “remuneração”, uma satisfação razoável nas dimensões “superior imediato”, “colegas dos eu nível” e “trabalho em si” e uma satisfação baixa nas dimensões “promoção” e “auxiliares”, (cf. Tabela 5).

**Tabela 5 – Caracterização da Satisfação Profissional**

	Baixa Satisfação		Satisfação Moderada		Alta Satisfação	
	n	%	n	%	n	%
Organização	128	37,4	84	24,6	130	38,0
Remuneração	68	19,9	128	37,4	146	42,7
Superior Imediato	106	31,0	152	44,4	84	24,6
Colegas do seu nível	103	30,1	177	51,8	62	18,1
Promoção	138	40,4	97	28,4	107	31,2
Trabalho em sí	100	29,2	145	42,4	97	28,4
Auxiliares	164	48,0	80	23,4	98	28,6
<b>IDT (Nota Global)</b>	132	38,6	65	19,0	145	42,4

### 3 – Apresentação e análise dos resultados / estatística inferencial

Neste ponto será apresentada a análise inferencial relativa à relação entre a nossa variável dependente e as variáveis independentes.

#### ***Relação entre a Satisfação Profissional a as variáveis sócio-demográficas e profissionais***

No que respeita à relação entre a Satisfação Profissional e as variáveis sócio-demográficas e profissionais, constatamos que a sua relação é independente, ou seja, as características sócio-demográficas e profissionais dos enfermeiros não influencia a sua Satisfação Profissional.

#### ***Relação entre a Satisfação Profissional a as variáveis psicológicas***

A relação entre Auto-conceito e a Satisfação Profissional encontra-se descrita no Quadro 5, onde podemos verificar que as variáveis “**colegas de seu nível**” e “**auxiliares**” variam na razão inversa do Auto-conceito, enquanto que as restantes dimensões e a “**satisfação profissional (nota global)**” variam no mesmo sentido o Auto-conceito, ou seja, quanto melhor é o auto-conceito do enfermeiro, maior é a Satisfação Profissional.

Os resultados são estatisticamente significativos no total da Satisfação Profissional e nas dimensões, “**remuneração**”, “**superior imediato**”, “**colegas do seu nível**”, “**perspectivas de promoção**” e “**auxiliares**” o que significa que estas dimensões e a Satisfação Profissional no seu total são influenciadas pelo Auto-conceito.

**Quadro 5 – Correlação de Pearson entre o Auto-conceito e a Satisfação Profissional**

<b>Satisfação Profissional</b>	<b>r</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
Organização	0,057	0,003	0,294
Remuneração	<b>0,144</b>	<b>0,021</b>	<b>0,008</b>
Superior imediato	<b>0,168</b>	<b>0,028</b>	<b>0,002</b>
Colegas de seu nível	<b>-0,115</b>	<b>0,013</b>	<b>0,033</b>
Perspectivas de promoção	<b>0,152</b>	<b>0,023</b>	<b>0,005</b>
Trabalho em si mesmo	0,044	0,002	0,418
Auxiliares	<b>-0,184</b>	<b>0,034</b>	<b>0,001</b>
<b>IDT (total)</b>	<b>0,143</b>	<b>0,020</b>	<b>0,008</b>



No que concerne à relação entre a Satisfação Profissional e a Vulnerabilidade ao Stress, verificamos que não há relação entre as duas variáveis demonstrando que são independentes uma da outra.

### **Relação entre a Satisfação Profissional e a Satisfação com a Supervisão**

Após a realização do teste de correlação de Pearson, apuramos uma relação inversa entre a satisfação com a supervisão e as dimensões “**Organização**”, “**Colegas de seu nível**”, “**Trabalho em si mesmo**” e “**Auxiliares**”, ou seja, à medida que diminui a satisfação com a supervisão nestas dimensões, aumenta a satisfação profissional. Observamos ainda uma relação directa entre a satisfação com a supervisão e as restantes dimensões, incluindo a “**satisfação profissional total**”, ou seja, estas também aumentam quando a satisfação com a supervisão aumenta. As associações encontradas são significativas no total da escala e nas dimensões: “**superior imediato**”, “**colegas do seu nível**”, “**perspectivas de promoção**” e “**auxiliares**”.

**Quadro 6 – Correlação de Pearson entre a Satisfação com a Supervisão e a Satisfação Profissional**

<b>Satisfação Profissional</b>	<b>r</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
Organização	-0,060	0,004	0,267
Remuneração	0,037	0,001	0,495
Superior imediato	<b>0,647</b>	<b>0,419</b>	<b>0,000</b>
Colegas de seu nível	<b>-0,113</b>	<b>0,013</b>	<b>0,036</b>
Perspectivas de promoção	<b>0,137</b>	<b>0,019</b>	<b>0,011</b>
Trabalho em si mesmo	-0,019	0,000	0,731
Auxiliares	<b>-0,251</b>	<b>0,063</b>	<b>0,000</b>
<b>Satisfação profissional (nota global)</b>	<b>0,133</b>	<b>0,018</b>	<b>0,014</b>

## **4 – Conclusões**

A realização deste estudo permitiu-nos ter uma perspectiva sobre a Satisfação Profissional dos enfermeiros e o que a influencia.

Com base nos resultados obtidos delineámos vários perfis que caracterizam a amostra de 342 Enfermeiros em estudo. Assim, do ponto de vista socio-demográfico temos um Enfermeiro do género feminino (74,9%), casado ou em união de facto (69,6%) e cuja idade média é de 35,53 anos.

Do ponto de vista socio-profissional o Enfermeiro em estudo, é um Enfermeiro Graduado (55,60%), cujo tempo de serviço se encontra na casa dos 10-13 anos, com um vínculo laboral ligado ao Quadro da função pública (65,20%), a trabalhar em regime de Roullement (83,90%).

O perfil psicológico médio da nossa amostra, relativamente às variáveis psicológicas, mostra-nos um Enfermeiro sem vulnerabilidade ao stress (82,5%), com um bom auto-conceito (superior à da população portuguesa em geral).

No que concerne à satisfação para com a supervisão de que são alvo, temos enfermeiros satisfeitos com a mesma.

Também na Satisfação Profissional temos enfermeiros satisfeitos com uma percentagem de 42,6%, no entanto este valor é seguido de perto pelo da baixa satisfação que é de 38,6%. No que respeita às diferentes dimensões, podemos observar que os Enfermeiros apresentam-se satisfeitos com as dimensões “**organização**” e “**remuneração**”, razoavelmente satisfeitos nas dimensões “**superior imediato**”, “**colegas dos eu nível**” e “**trabalho em si**” e insatisfeitos nas dimensões “**promoção**” e “**auxiliares**”.

No que respeita à nossa amostra, inferimos que quanto maior a satisfação com a supervisão melhor a satisfação profissional dos Enfermeiros. Outra variável que se revelou influenciadora da satisfação profissional foi o “auto-conceito”, na medida em que um melhor auto-conceito corresponde a uma melhor satisfação profissional. No entanto a vulnerabilidade ao stress, revelou ser independente da satisfação profissional.

Relativamente às variáveis sócio-demográficas (“sexo” e “idade”), não se demonstrou a sua relação com a satisfação profissional.

Também as variáveis profissionais (“local de trabalho”, “categoria profissional”, “tempo de serviço”, “vínculo laboral”, “tempo de serviço” e “horário de trabalho praticado”) revelaram ser independentes da satisfação profissional.

Após este estudo podemos verificar que as características psicológicas dos enfermeiros influenciam em grande parte a sua Satisfação Profissional. Desta forma, entendemos que o “Enfermeiro Chefe” deve visualizar cada elemento da sua equipa como um ser único, dotado de capacidades e dificuldades, devendo conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais de cada um, com o objectivo de aumentar a eficácia e eficiência do mesmo.

Por isso, se queremos continuar a caminho da excelência deverão ser adoptados métodos organizacionais adequados, nomeadamente treino dos líderes no sentido de

considerar as necessidades e as particularidades de todos os profissionais colaboradores, assim como o treino de todos os profissionais no sentido da diminuição do seu stress no trabalho e do aumento do seu auto-conceito, com o objectivo último da melhoria na qualidade dos cuidados, visto que profissionais satisfeitos significa melhor satisfação também para os utentes.

### **Bibliografia**

- Balsanelli, A. P. & Cunha, I. C. K. O. (2006). Liderança no contexto da enfermagem [versão electrónica]. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 40: 117 – 122.
- Drucker, P. (2008). *O essencial de Drucker – Uma selecção das melhores teorias do pai da gestão*. Lisboa: Actual Editora.
- Garrido, A. F. S. (2004). *A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Tese de Mestrado em Supervisão. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa – Universidade de Aveiro. 166 pp.
- Hooper, A. & Potter, J. (2006). *Liderança inteligente: criar a paixão pela mudança* (4ª Edição). Lisboa: Actual.
- Jesuíno, J. C. (2005). *Processos de Liderança* (4ª Edição). Lisboa: Livros Horizonte.
- Marquis B. L. & Huston C. J. (2002). *Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, M.; Santos, S. & Meira, T. (2006). Reflectindo sobre liderança em enfermagem. *Revista da Escola Anna Nery R Enfermagem*. **10**: 109 – 115.
- Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma Escala para Avaliar a Vulnerabilidade ao Stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*. **21**: 261 – 308.
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*. **7**: 67 – 84.



## O Enfermeiro nos Diferentes Modelos de Gestão Hospitalar

Júnior, L.<sup>1</sup>; Patrício, H.<sup>2</sup>; Guterres, C.<sup>3</sup>; Almeida, M.<sup>4</sup> & Cunha, M.<sup>5</sup>

**Resumo** — Esta investigação emerge da necessidade de avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros a desempenhar funções em hospitais onde estão implementados diferentes modelos de gestão.

Efectuamos um estudo transversal analítico-correlacional, numa amostra de 362 enfermeiros, sendo predominantemente do sexo feminino (78,7%), com cerca de 32 anos e com o grau de licenciado (85,9%), possuindo um contrato de trabalho a tempo indeterminado (45,6%) e com um tempo médio de trabalho na instituição de 6,827 anos.

Os resultados sugerem que 78,7% dos enfermeiros se apresentam Satisfeitos e 8,0% Não Satisfeitos. Os enfermeiros do modelo de gestão Parceria Público Privada estão mais satisfeitos, estando os enfermeiros mais satisfeitos que as enfermeiras. À maior idade e tempo de serviço na instituição, corresponde maior satisfação profissional dos enfermeiros. Os enfermeiros com grau de especialista e de nível II são os mais satisfeitos.

A dimensão Exaustão Emocional e Física (*Burnout*) e o Tempo de Serviço na Instituição predizem a Satisfação Profissional dos Enfermeiros e explicam 7,2% da sua variabilidade.

Inferimos também que as variáveis modelo de gestão hospitalar, variáveis socio-demográficas e profissionais, *Burnout* e as características da personalidade influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros, pelo que as mesmas devem ser consideradas quando se planeiam acções para aumentar a satisfação destes profissionais.

**Palavras-chave:** Modelos de Gestão Hospitalar; Satisfação e Motivação Profissional; Enfermeiros.

---

<sup>1</sup> Luís Júnior - Hospital Egas Moniz, CHLO.

<sup>2</sup> Helder Patrício - Hospital São Teotónio de Viseu

<sup>3</sup> Clelia Guterres - Unidade de Saúde Familiar Viriato

<sup>4</sup> Micaela Almeida - Hospital Egas Moniz, CHLO.

<sup>5</sup> Maria Madalena Jesus Cunha Nunes – Escola Superior de Saúde de Viseu.

## 1 - Introdução

Na última década ocorreu uma alteração do papel do estado face ao Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente ao nível da implementação de novos modelos de gestão hospitalar.

As reformas recentes na organização da prestação de serviços públicos são indicativas das alterações fundamentais na percepção do papel do estado na economia, (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001, 2002, 2003).

O hospital está no centro de uma transformação do sistema de prestação de cuidados, a importância e essencialidade do seu papel, visa acrescentar a produtividade e a efectividade das intervenções. Esta reestruturação é complexa, na medida em que se desenrola e confronta com a necessidade de reduzir custos, de modificar os modelos de afectação de recursos e de repartir as competências entre os diferentes “actores”, (OPSS, 2003).

Sendo os hospitais organizações complexas, com múltiplos agentes, sobre os quais recaem grandes responsabilidades, não só no que se refere aos cuidados prestados à população, mas também em relação à gestão, existe a necessidade de realizar alterações e inovações, dos modelos normativos e legais a que têm estado sujeitos, (Ribeiro, 2005).

Neste contexto, foram experimentados novos modelos de gestão hospitalar, resultando hoje em dia em três modelos de organização hospitalar:

- Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA);
- Entidade Públicas Empresariais (EPE);
- Parcerias Público Privadas (PPP).

Na presente investigação, foram seleccionados diferentes hospitais onde estão implementados diferentes Modelos de Gestão. Assim, estudamos os enfermeiros que pertencem ao Hospital Curry Cabral e ao Hospital de Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira, que representam o Modelo do Hospital do Sector Público Administrativo (SPA), o Hospital Egas Moniz e o Hospital Distrital de Santarém onde está instituído o Modelo de Entidade Pública Empresarial (EPE), e o Hospital Fernando Fonseca – Amadora Sintra representante do Modelo Parceria Público Privada (PPP).

Os recursos humanos constituem os recursos fundamentais de qualquer organização do sector público ou privado, portanto, devem receber a maior importância por parte destas instituições. A desmotivação para o trabalho é uma agravante da preocupação de alguns

estudiosos e administradores, tratando-se pois de um problema intrínseco a muitos trabalhadores, independentemente do status que ocupem na organização (Gonçalves, 2007).

As organizações constroem-se ou destroem-se em função do desempenho das pessoas que nelas desenvolvem a sua actividade profissional. Nesta perspectiva, a insatisfação é uma situação penosa tanto para o trabalhador quanto para a organização. Na conjuntura actual, é impossível a concepção de organizações motivadas, sem pessoas motivadas, podendo inferir-se que não existe produtividade sem satisfação e/ou motivação para o trabalho, (Gonçalves, 2007).

Neste contexto, os recursos humanos de uma instituição são os agentes que potenciam a qualidade e a eficiência dos seus serviços. Essas potencialidades estão inteiramente dependentes da satisfação dos indivíduos no contexto de trabalho, o que determinará o seu maior desempenho e eficiência, (Batista, 2007).

Na perspectiva de Salomé (1999) citado por Batista (2007), a satisfação profissional de enfermagem, revela-se apesar de aparentemente inexistente, extremamente grave quando se olha para as suas consequências: absentismo, elevada rotação de emprego, baixa produtividade, diminuída eficiência e qualidade de serviços a par de custos acrescidos de substituição.

O enfermeiro, independentemente da categoria profissional ou do cargo que ocupa, pretende que o seu desempenho seja aceite pela equipa de saúde, pelos utentes e familiares. Tem necessidade de reconhecimento do seu trabalho, de se manter actualizado, de ter recursos que contribuam para a qualidade dos cuidados de enfermagem, garantia do seu prestígio profissional, e ainda ser bem remunerado pelos serviços que presta, (Mendonça, 1993; citado por Gomes, 2003).

O conceito de satisfação no trabalho é uma das variáveis que tem sido mais estudada ao nível do comportamento organizacional. Em Portugal e no que respeita à enfermagem, à excepção dos trabalhos académicos, são escassas as investigações desenvolvidas quanto à percepção da satisfação profissional dos enfermeiros. Neste âmbito consideramos importante realizar este estudo, dado que hoje em dia, a satisfação profissional é um importante indicador do clima organizacional e mais do que isso, é um elemento determinante da avaliação da qualidade das empresas e demais organizações, a par da satisfação dos *clientes/utentes*.

A presente investigação pretende analisar o grau de Satisfação Profissional dos Enfermeiros em três modelos de gestão hospitalar praticados em Portugal. Uma vez que é de enorme importância reflectir e avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros a trabalhar nestas instituições, propomo-nos identificar factores que a influenciam, discutir os resultados.

## **2 - Método**

O principal objectivo deste estudo consiste em identificar um conjunto de variáveis (socio-demográficas, profissionais e psicológicas), que influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros, procurando também determinar o nível de satisfação profissional dos enfermeiros nos diferentes modelos de gestão.

O tipo de estudo equacionado para esta investigação segue os métodos do estudo de análise quantitativa, descritivo, analítico e transversal.

Face aos objectivos descritos, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

*Hipótese 1 (H<sub>1</sub>)* – O Modelo de Gestão Hospitalar influencia o nível de Satisfação Profissional dos Enfermeiros.

*Hipótese 2 (H<sub>2</sub>)* – Existe influência das características sócio-demográficas (Idade; Género e Formação Académica) na Satisfação Profissional dos Enfermeiros.

*Hipótese 3 (H<sub>3</sub>)* – As variáveis profissionais (Habilitações literárias; Categoria Profissional e Tempo de Serviço na Instituição) influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros.

*Hipótese 4 (H<sub>4</sub>)* – As características psicológicas (Auto-Conceito, Características da Personalidade e *Burnout*) têm efeito significativo na Satisfação Profissional dos Enfermeiros.

*Hipótese 5 (H<sub>5</sub>)* – As variáveis Idade, Tempo de Serviço na Instituição, Auto-Conceito, Características da Personalidade e *Burnout* predizem a Satisfação Profissional dos Enfermeiros.

### **2.1 - Participantes**

A amostra não probabilística por conveniência, ficou constituída por 362 enfermeiros a exercer funções em cinco hospitais, sendo 38 (10,5%) enfermeiros do Hospital Curry Cabral, 75 (20,7%) do Hospital de Reynaldo dos Santos (Vila Franca de Xira), 85 (23,5%) do Hospital Egas Moniz, 58 (16,0%) do Hospital Distrital de Santarém e 106 (29,0%) pertencendo ao Hospital Fernando da Fonseca (Amadora – Sintra).



O perfil sociodemográfico médio dos enfermeiros estudados, revela ser predominantemente do género feminino (78,7%), com idades compreendidas entre os 22 e os 63 anos, com uma idade média de 32 anos e possuindo na sua maioria o grau de licenciado (85,9%).

A nível profissional a amostra revela-nos enfermeiros pertencentes à categoria de Nível I<sup>6</sup> (89,2%), sem formação pós-básica (74,6%). Quanto ao vínculo laboral 45,6% apresentam contrato de trabalho a tempo indeterminado (CTTI), seguido dos trabalhadores do quadro (TQ) com 35,6%, e do contrato de trabalho a termo (CTT) com 15,5%. Quanto ao tempo de serviço na instituição, oscilou entre um mínimo de 6 meses e um máximo de 34 anos, com um tempo médio na instituição de aproximadamente 7 anos.

## **2.2 - Material**

Na presente investigação foram utilizadas as seguintes escalas:

- Escala de Satisfação Profissional dos Enfermeiros (Graça, 1999);
- Inventário do Auto-Conceito (Vaz Serra, 1985);
- Maslach Burnout Inventory - General Survey (Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996; adaptado por Nunes, 1999; citado por Queirós, 2005);
- Eysenck Personality Inventory - Inventário da Personalidade (Eysenck, H. & Eysenck, S. (1964); adaptado por Vaz Serra, Ponciano & Freitas, 1980).

A **Escala de Satisfação Profissional** foi desenvolvida por Graça (1999) foi aplicada em catorze Centros de Saúde da Sub-Região de Beja, de forma a determinar a “Satisfação Profissional dos Profissionais de Saúde nos Centros de Saúde”.

Esta escala é constituída por 40 itens do tipo Likert. Em cada um dos 40 itens pretende-se que o enfermeiro responda sistematicamente a duas questões, evidenciando, por um lado, aquelas que eram as suas expectativas, desejos, valores ou preferências (E) e por outro, as recompensas ou resultados (R), que resultavam do seu desempenho, (Graça, 1999).

A resposta a cada uma das questões (E e R) foi assinalada numa escala de intervalos (tipo Likert) com a seguinte configuração:

**(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)**

<sup>6</sup> São os seguintes os níveis e categorias da carreira de enfermagem: Nível I, integra as categorias de Enfermeiro e Enfermeiro Graduado, o Nível II integra as categorias de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro-Chefe e o Nível III integra a categoria de Enfermeiro Supervisor (Ordem dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº 437/91, Artigo 4º)

De acordo com Graça (1999) as dimensões da Satisfação Profissional são oito, sendo elas: (i) Autonomia e Poder; (ii) Condições de Trabalho e Saúde; (iii) Realização Pessoal e Profissional e Desempenho Organizacional; (iv) Relação Profissional/Comunidade; (v) Relações no Trabalho e Suporte Social; (vi) Remuneração; (vii) Segurança e Emprego e (viii) Status e Prestígio.

O coeficiente de alfa de Cronbach para a totalidade dos itens apresenta o valor de 0,9379. O coeficiente de *split-half*, que apura se uma metade dos itens da escala é tão consistente como a outra a medir o constructo, apresenta um valor alto 0,8814, bem como também é alto o valor do coeficiente de Spearman-Brown<sup>7</sup> 0,8896.

O **Auto-conceito** diz respeito a todas as maneiras de como uma pessoa pensa que é nos seus julgamentos, avaliações e tendências de comportamento, o que leva a que seja analisado como um conjunto de várias atitudes do eu e únicas de cada pessoa, (Burns, 1986 *cit. in* Albuquerque & Oliveira).

O Inventário Clínico do Auto-Conceito, construído por Vaz Serra (1985), sensível a medir aspectos sociais e emocionais do auto-conceito. É um inventário de auto-resposta constituído por vinte itens avaliados segundo uma escala tipo Likert que vai de um mínimo de 1 a um máximo de 5. Quanto mais elevado é o somatório de todas as questões, melhor é o auto-conceito do indivíduo. A gama de pontuações obtidas possíveis varia entre 20 e 100, sendo os valores médios para a população em geral, de 72,208 (Dp=8,143) para os homens e de 72,069 (Dp=7,836) para as mulheres.

O estudo dos itens no aspecto da consistência interna revelou um alfa de Cronbach para a totalidade dos itens de 0,7771, o que indica uma consistência interna aceitável e um coeficiente de Spearman-Brown de 0,7420.

O **Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS)** é um inventário de terceira geração para a generalidade dos serviços, aplicável a um largo espectro de ocupações (Maslach & Leiter, 1997). O burnout resulta de uma resposta emocional à situação de trabalho e identifica-se como um estado extremo de fadiga emocional e psicológica (Queirós, 2005). Em relação ao MBI-GS, existe uma tradução e um estudo prévio para a população portuguesa efectuado por Nunes (1999) citado por Queirós (2005), que iremos utilizar no nosso estudo. O MBI-GS é constituído por 16 itens, permitindo medir três dimensões, nomeadamente: a exaustão emocional e física, o cinismo e eficácia profissional.

---

<sup>7</sup> O Spearman-Brown encontra-se ligado à consistência esperada quando aplicado o instrumento a outras amostras (Maroco, 2007)

O que se pede aos respondentes é que assinalem a frequência com que sentiram várias situações no trabalho, variando as possibilidades de resposta entre nunca (0) e todos os dias (6), (Queirós, 2005).

A avaliação deste constructo não comporta um valor global, mas antes três notas oriundas de cada uma das dimensões. Desta forma são considerados como indicadores de perturbação valores iguais ou superiores a 15 para as dimensões exaustão emocional e física e cinismo e para a dimensão eficácia profissional valores superiores ou iguais a 18 (ineficácia valores inferiores a 18), (Nunes, 1999 citado por Queirós, 2005).

No estudo das subescalas de cada dimensão encontramos valor de alfa de Cronbach de 0,7866; 0,6692; 0,6800; e coeficientes de Spearman-Brown de 0,7767; 0,7002; 0,6692, respectivamente para a exaustão emocional e física, o cinismo e a eficácia profissional.

**O Eysenck Personality Inventory (E.P.I.)** é um inventário de personalidade criado por Eysenck & Eysenck (1964) com o objectivo de medir as dimensões da personalidade Neuroticismo-Estabilidade Emocional e Extroversão-Introversão.

O E.P.I. conforme o autor supracitado não possui perguntas elaboradas na negativa e tem ainda uma *escala de mentira*, que serve para excluir os indivíduos que desejam dar respostas socialmente desejáveis.

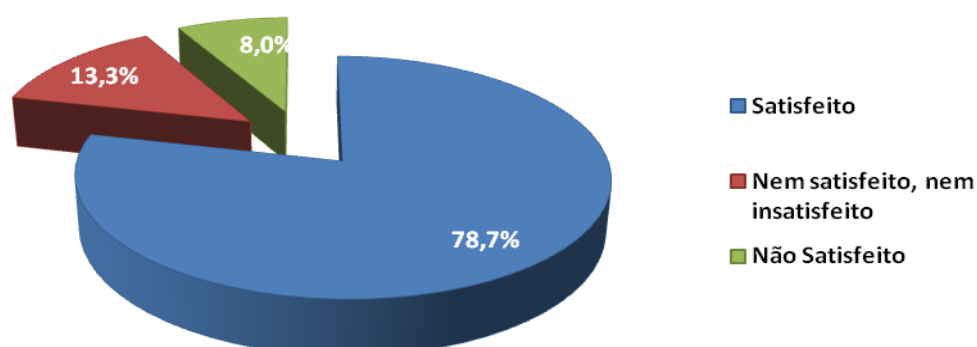
O inventário é instituído por 57 questões, sendo que 9 correspondem à escala de mentira e as restantes, às duas dimensões referidas. A pontuação total para a dimensão neuroticismo/estabilidade emocional (N), é cotada de 0 a 24, a extroversão/introversão (E), é também cotada de 0 a 24 e a mentira (L) é cotada de 0 a 9, (Vaz Serra, Ponciano & Freitas, 1980).

No estudo das subescalas de cada dimensão encontramos valor de alfa de Cronbach de 0,3997 e 0,6658 e coeficientes de Spearman-Brown de 0,4130 e 0,6431, respectivamente para o Neuroticismo-Estabilidade Emocional e para a Extroversão-Introversão.

### **3 - Apresentação e análise dos resultados**

A análise efectuada à distribuição dos enfermeiros pelas categorias da Satisfação Profissional, infere-se que 78,7% dos enfermeiros estão Satisfeitos face à Satisfação Profissional, 8,0% estão Não Satisfeitos e 13,3% encontram-se “Nem Satisfeito, Nem Não Satisfeito”, (cf. Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Caracterização da amostra dos enfermeiros segundo a Satisfação Profissional**



Inferimos que os enfermeiros que pertencem ao hospital com gestão PPP apresentam em média maior Satisfação Profissional do que os enfermeiros que pertencem aos hospitais EPE e SPA. A Análise de Variância ANOVA revela diferenças estatisticamente significativas entre o modelo de gestão hospitalar e a Satisfação Profissional ( $F=5,812$ ;  $p=0,003$ ), inferindo-se que o modelo de gestão hospitalar tem influência na satisfação profissional dos enfermeiros, (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 – Scores médios da Satisfação Profissional, em função do Modelo de Gestão Hospitalar**

	MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR			ANOVA	
	SPA	EPE	PPP	F	<i>p</i>
<b>SATISFAÇÃO PROFISSIONAL</b>	3,22	3,14	2,67	5,812	0,003**

\*\*\* $p>0,001$     \*\* $p>0,01$

\* $p<0,05$

*n.s.*  $p>0,05$

No estudo da satisfação profissional *versus* as variáveis sócio-demográficas, verificamos correlações significativas com a idade ( $r=-0,152$ ;  $p=0,004$ ). Os valores de *t* são explicativos na idade, explicando 2,3% da satisfação profissional, ou seja, à maior idade corresponde maior Satisfação Profissional (cf. Quadro 2). No género e nas habilitações académicas as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ).



Para se proceder ao estudo da influência das variáveis psicológicas (Burnout, Características da Personalidade e Auto-Conceito) na Satisfação Profissional, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

Um primeiro nível de análise da relação entre as variáveis permitiu constatar a existência de correlações significativas entre a Satisfação Profissional e as dimensões Exaustão Emocional e Física ( $r=0,244$ ;  $p=0,020$ ) e Cinismo ( $r=0,218$ ;  $p=0,000$ ), ou seja, considera-se possível que quando a exaustão e o cinismo são baixos, a Satisfação Profissional seja mais elevada. Inferimos que existem correlações significativas entre a Satisfação Profissional e a Extroversão ( $r=0,127$ ;  $p=0,015$ ), (cf. Quadro 5), ou seja os enfermeiros menos extrovertidos apresentam melhor satisfação profissional.

Os valores de t são explicativos na Exaustão emocional e física, cinismo e extroversão, explicando respectivamente 5.9%, 4.7% e 1,6% da variância da Satisfação Profissional, pelo que consideramos ser possível que a extroversão, o cinismo e a exaustão emocional e física influencia o nível de satisfação dos enfermeiros, (Quadro 5).

**Quadro 5 – Regressão Linear Simples entre a Satisfação Profissional e as variáveis psicológicas**

	r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p
Exaustão Emocional e Física	0,244	5,9	0,020*	4,118	0,020*
Cinismo	0,218	4,7	0,000***	4,237	0,000***
Eficácia Profissional	-0,082	0,7	0,118 n.s.	-1,568	0,118 n.s.
Auto-Conceito	-0,032	0,1	0,541 n.s.	-0,611	0,541 n.s.
Neuroticismo	0,066	0,4	0,211n.s.	1,253	0,211n.s.
Extroversão	0,127	1,6	0,015*	2,438	0,015*

\*\*\* $p>0,001$  \*\* $p>0,01$

\* $p<0,05$

n.s.  $p>0,05$

#### 4 - Discussão dos resultados

Verificamos que globalmente, e em função da escala de valores da satisfação profissional utilizada, os enfermeiros apresentam-se satisfeitos (78,7%), sendo que 8,0% se encontram insatisfeitos, estes dados são idênticos aos de Sampaio *et al.* (2003), cujo estudo classificou a satisfação dos enfermeiros em aproximadamente 70%. Silva (2004) por sua vez obteve maior percentagem de Enfermeiros satisfeitos, aproximadamente 90%.

Na presente investigação os enfermeiros do modelo de gestão PPP são os mais satisfeitos, sendo os menos satisfeitos os do modelo SPA. Os resultados deste estudo estão de acordo com os dos outros autores, entre os quais, Gomes (2003), que refere que a satisfação profissional é mais elevada nos enfermeiros do EPE e menor no modelo SPA. Também Batista (2007) comparou dois modelos de gestão (SPA vs EPE), verificando que de modo geral os enfermeiros do modelo EPE se apresentam mais satisfeitos profissionalmente do que os enfermeiros do modelo SPA.

Inferimos ainda, que a satisfação profissional tende a aumentar com a idade. Estes resultados estão em consonância com as pesquisas de Pimentel (2007), Ribeiro (2005), Loureiro (2005), Llopis Aliaga *et al.* (1993) citados por Pina (2004) e Paulo (2003). São contudo contrários aos de Cunha, *et al.* (2003), que constatou que os trabalhadores mais jovens tendem a revelar-se mais satisfeitos. Alcobia (2001) também defende esta ideia, ao afirmar que os enfermeiros mais jovens estarão mais entusiasmados com o trabalho, facto que acaba por influenciar positivamente a satisfação profissional.

Estudámos ainda a influência da formação académica e do género na satisfação profissional, observando-se que estas variáveis não se relacionam com a satisfação dos enfermeiros.

Na tentativa de responder à questão *Que variáveis profissionais exercem influência sobre a Satisfação Profissional dos Enfermeiros?* Iniciamos a discussão desta questão pelas habilitações literárias, onde resultados indicam que os enfermeiros especialistas são os mais satisfeitos e os pós-graduados os menos satisfeitos. Estes resultados estão de acordo com Hackman & Oldham (1976) citados por Paulo (2003) e Santos (2001), que mencionam que quanto mais elevado o nível de educação mais os indivíduos se apresentam interessados na autonomia e consequentemente na satisfação profissional.

O estudo da influência da categoria profissional na satisfação profissional revelou que os enfermeiros que possuem categoria profissional mais elevada estão mais satisfeitos, resultados que se assemelham aos de Santos (2001) e Loureiro (2005). Estes resultados vão ao encontro da opinião de Quintela e Santos (1996), que constataram que os *scores* obtidos relativamente à categoria profissional espelham a evolução crescente à medida que se sobe na categoria profissional. Contudo, Amaro (2007) não encontrou diferenças significativas, justificando que o seu resultado parece fazer sentido, na medida em que actualmente, com

a mudança jurídica efectuada ao nível do SNS, os enfermeiros vêm-se privados duma carreira profissional, não existindo qualquer tipo de progressão na carreira.

Outra vertente de análise prende-se com a influência do tempo de serviço na instituição na satisfação profissional dos enfermeiros. Os resultados mostram que quando aumenta o tempo de serviço, aumenta o grau de satisfação dos enfermeiros. Os resultados são idênticos aos de Cunha *et al.* (2003), Ferreira (2005) e de Pimentel (2007), uma vez que os trabalhadores mais antigos tendem a ocupar lugares hierarquicamente superiores.

O presente estudo tinha ainda como objectivo avaliar a influência das variáveis psicológicas na Satisfação Profissional dos Enfermeiros, relativamente ao *Burnout*, inferimos que valores baixos de exaustão e cinismo e valores elevados de eficácia profissional aumentam a satisfação profissional. Estes dados vão ao encontro da literatura consultada, Queirós (2005), Ribeiro (2005) e Amaro (2007), uma vez que uma “boa” satisfação no trabalho estaria relacionada com níveis reduzidos de *burnout* no trabalho.

Quanto à relação entre a satisfação profissional e o Auto-Conceito, as diferenças encontradas não são significativas. No entanto observamos que quando melhor o auto-conceito, maior a satisfação profissional dos enfermeiros. Também Laschinger *et al.* (2007), encontrou associação positiva e significativa entre as variáveis, concluindo que quanto melhor é o auto-conceito do enfermeiro, maior é a sua Satisfação Profissional.

Por último, ensaiou-se um modelo explicativo que permitisse observar o poder contributivo das variáveis independentes na Satisfação profissional dos Enfermeiros (variável dependente).

As análises de regressão múltipla efectuadas, permitiram inferir as variáveis Exaustão Emocional e Física (dimensão do *Burnout*) e o Tempo de Serviço na Instituição predizem a Satisfação Profissional. Verificámos que a variável exaustão emocional e física explica a 5,0% da percentagem de variância da Satisfação Profissional dos Enfermeiros e o tempo de serviço na instituição explica apenas 2,2%, (cf. Quadro 6).



**Quadro 6 – Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a variável Satisfação Profissional dos Enfermeiros**

<b>Variável dependente = Satisfação Profissional</b>					
R Múltiplo = 0,268					
R <sup>2</sup> = 0,072					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,066					
Erro padrão da estimativa = 1,258					
F= 4,673					
p= 0,031					
<b>SUMÁRIO DA REGRESSÃO</b>					
<b>Variáveis Independentes</b>	<b>Coefficiente padronizado</b>	<b>Coefficiente de Regressão</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	
Constante	2,573	2,573	15,945	0,000	
Exaustão Emocional e Física	0,244	0,050	4,721	0,000	
Tempo de Serviço na Instituição	-0,110	-0,022	-2,162	0,031	
<b>ANÁLISE DE VARIÂNCIA</b>					
<b>Fonte</b>	<b>Soma Quadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Média dos Quadrados</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Regressão	43,803	2	21,901	13,849	0,000
Residual	567,752	359	1,581		
Total	611,554	361			

## 6 - Conclusões

A satisfação profissional é um tema relevante e que tem vindo a ser progressivamente valorizado, principalmente nas sociedades desenvolvidas. No caso particular da satisfação na profissão de enfermagem, por se tratar de um conceito fundamental na avaliação dos cuidados de saúde prestados, assim como de todo o sistema organizacional, têm-se multiplicado nos últimos anos as investigações que possuem como principal intuito avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros.

No nosso país, a importância do estudo da satisfação profissional nos profissionais de saúde é valorizada e assume mesmo um enquadramento legal, sendo um dos quatro critérios fundamentais para avaliar o Serviço Nacional de Saúde.

Foi nosso intuito, mediante uma perspectiva analítica, procurar compreender a influência dos modelos de gestão hospitalar na satisfação profissional dos enfermeiros.

Concluimos que o modelo de gestão hospitalar exerce influência sobre a Satisfação Profissional dos Enfermeiros (os enfermeiros do modelo PPP, encontram-se mais satisfeitos).

Face aos resultados obtidos e atrás referenciados, pensamos ter dado resposta à questão de investigação formulada, porquanto ficámos a saber que as variáveis idade, habilitações literárias, categoria profissional, tempo de serviço na instituição, tipo de vínculo, modelo de gestão hospitalar, *burnout* (exaustão emocional e física e o cinismo) e as características da personalidade (a extroversão) influenciam a Satisfação Profissional dos Enfermeiros.

No que concerne às variáveis que predizem a satisfação, constatamos que a exaustão emocional e física e o tempo de serviço na instituição contribuem para explicar 7,2% da variabilidade da Satisfação Profissional dos Enfermeiros.

Estamos certos que um dos caminhos para melhorar a prestação dos cuidados de saúde em Portugal é o da permanente avaliação não só dos resultados mas também do processo de cuidados. Neste contexto, a avaliação da satisfação profissional é algo que em nossa opinião deve ser regular, mas como refere Spector (1997) citado por Paulo (2003), essa avaliação poderá ter um impacto negativo, se não houver o cuidado de proceder a eventuais mudanças e adaptações, que vão de encontro às pretensões dos profissionais.

Tendo em linha de conta todo o fio condutor do estudo, bem como os resultados obtidos, pensamos que a Satisfação em Enfermagem não deve ser referida como um dado geral adquirido, mas sim como uma meta a atingir. Esta tipologia de estudos revela-se de extrema importância para as organizações, pois o conhecimento das dimensões cujo contributo é mais significativo para a satisfação profissional permite-lhes intervir no sentido de otimizar a performance individual, potenciando assim a melhoria do desempenho organizacional.

### **Referências Bibliográficas**

Albuquerque, C. & Oliveira, C. (2008). Características Psicológicas associadas à Saúde: A importância do Auto-Conceito. Acedido em 20 de Junho de 2008, em [www.ipv.pt/millennium/Millennium26/26\\_22.htm](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium26/26_22.htm)

Alcobia, P. (2001). *Influência das características da Função e da Justiça Organizacional sobre a Satisfação no Trabalho*. Dissertação, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Lisboa.

- Amaro, H. (2007). Comportamentos comunicacionais nos profissionais de enfermagem. Dissertação do Mestrado de Psicologia da Educação. Universidade de Faro, Faro.
- Batista, V. (2007). Satisfação Profissional dos Enfermeiros em dois Modelos de Gestão Hospitalar. Tese de Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde. Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Cunha, P. M. et. al. (2003). Manual de comportamento organizacional e gestão. (2ª Edição), Lisboa: Editora RH.
- Ferreira, T. (2005). Satisfação no trabalho dos enfermeiros que participam/participaram no programa PECLEC. Tese de Mestrado em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, Viseu.
- Gomes, E. (2003). “A Influência dos Modelos de Gestão Hospitalar no Papel e Satisfação Profissional do Enfermeiro Gestor Operacional em Portugal”. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa..
- Gonçalves, E. (2007). Satisfação Profissional: Uma realidade em Cuidados de Saúde Primários. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
- Graça, L. (1999). “A Satisfação Profissional dos profissionais de saúde nos Centros de Saúde” In PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – Instrumento para a melhoria continua da Qualidade. 1ª ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Laschinger [et. al.] (2007). The impact of leader-member exchange quality, empowerment, and core self-evaluation on nurse managers job satisfaction. Journal of nursing administration. 2007, vol. 37, no5.
- Loureiro, R. (2005). Liderança em Enfermagem. Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.
- Marroco, J. (2007). Análise Estatística: Com utilização do SPSS. 3ªed. Edições Sílabo. Lisboa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001). Conhecer os Caminhos da Saúde, Relatório Primavera 2001. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002). O estado da Saúde e a saúde do Estado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). Saúde que rupturas? Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Paulo, G. (2003). Satisfação dos Profissionais de Saúde – Avaliação em dois Modelos de Gestão Hospitalar. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra. Coimbra.

- Pimentel, A. (2007). Clima Organizacional e Satisfação no trabalho no Hospital do Divino Espírito Santo. Trabalho final do Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Publica. Lisboa.
- Pina, F. (2004). Stress, *Burnout* e Satisfação Profissional dos Enfermeiros da VMER. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde. Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos. Coimbra.
- Queirós, P. (2005). *Burnout* no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. 1ª Ed. Revista Sinais Vitais, Coimbra.
- Ribeiro, O. (2005). Satisfação dos Profissionais da Saúde. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, ISCTE, Lisboa.
- Sampaio, A. *et al.* (2003). Satisfação Profissional dos enfermeiros do CHC: primeiro momento. Revista do Centro Hospitalar de Coimbra, 5 (2-3).
- Santos, A. (2001). Ideologias, Modelos e Práticas institucionais em Saúde Mental e Psiquiatria. Quarteto. Coimbra.
- Silva, A. (2004). Satisfação Profissional em Enfermeiros: Que expectativas?; Dissertação de Mestrado em Saúde Publica, Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Publica, Lisboa.
- Vaz-Serra, A.; Pocinho, E. & Freitas, F. (1980). Resultados da aplicação do *Eysenck Personality Inventory* a uma amostra de população portuguesa. *Psiquiatria Clínica* 1 (2). Coimbra.
- Vaz Serra, A. [et. al.]. (1986). Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, vol. 7, nº2

## Qualidade de vida dos enfermeiros que trabalham por turnos

Duarte, J.<sup>1</sup>; Cunha, M.<sup>1</sup>; Jesus, C.<sup>2</sup>; Mota, I.<sup>2</sup>; Silva, J.<sup>2</sup>; Branquinho, L.<sup>2</sup>; Pereira, M.<sup>2</sup>; Pessoa, T.<sup>2</sup> & Alunos do 3.º CMEMC – UCPV.

### Resumo

*“A Qualidade de vida é uma percepção individual (...) que integra de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de independência, as relações sociais, as suas crenças pessoais e as suas relações com os acontecimentos do seu meio ambiente. “(OMS (1993) cit in Guimarães, (2000) p.35). Assim, considerou-se pertinente avaliar a QDV dos Enfermeiros a trabalhar por turnos e identificar alguns factores determinantes da satisfação com a mesma.*

Realizou-se um estudo descritivo e transversal, desenvolvido numa amostra de 76 enfermeiros (28,9% homens e 71,1% mulheres) a trabalhar por turnos que preencheram a Escala de Saúde e Bem-estar, a Escala de Sono e Fadiga e a Quality of Life Sacale SF-36 (Short Form 36). A maioria dos Enfermeiros (59,2%) apresenta-se satisfeitos com a sua QDV, sendo que 27,6) apresentam elevada satisfação e apenas 13,2% se encontram insatisfeitos

Os problemas digestivos e os cardiovasculares são pouco frequentes (48,7% e 18,4%) ou inexistentes (51,3% e 81,6%). Em relação aos problemas de saúde 69,7% não os referem e 30,3% mencionam que são pouco frequentes.

Os resultados do estudo sugerem que os enfermeiros participantes no estudo, se apresentam razoavelmente satisfeitos com a sua QDV. Sugerem ainda que a idade, o nível sócio - económico, a fadiga, a saúde e bem-estar, a saúde psíquica e a ansiedade, se associaram à QDV, ou seja, à maior idade e melhor nível sócio - económico, corresponde maior satisfação com a QDV. Por outro lado, quanto mais intensa a fadiga, maior o nível de ansiedade e pior a saúde e bem-estar maior a insatisfação com a QDV.

---

<sup>1</sup> CI&DETS-ESSV-IPV.

<sup>2</sup> 2ºCLE- ESSV.

## **Introdução**

*“A Qualidade de vida é uma percepção individual (...) que integra de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de independência, as relações sociais, as suas crenças pessoais e as suas relações com os acontecimentos do seu meio ambiente. “(OMS (1993) cit in Guimarães, (2000) p.35).*

Neste contexto, a presente investigação pretende avaliar a QDV dos Enfermeiros a trabalhar por turnos e identificar alguns factores determinantes da satisfação com a mesma.

## **Material e métodos**

### ***Tipo de estudo:***

Estudo descritivo e transversal, desenvolvido numa amostra não probabilística constituída por 76 enfermeiros (28,9% homens e 71,1% mulheres) a trabalhar por turnos, pertencentes a 17 Instituições de Saúde.

### ***INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS:***

- Escala de Saúde e Bem-estar
- Escala de Sono e Fadiga
- Quality of Life Sacale SF-36 (short Form 36)

## **Resultados**

### **DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

Idade média de 32.69 anos ; Dp= 0,52), (mínima 22 e máxima 52 anos);

Predomina o estado civil de casados (63.2%);

Elevado nível de sócio - económico (98.7%).

**Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos enfermeiros**

Variáveis socio-demográficas	n = 76	%
<b>Grupo etário</b>		
- < 26	19	25,0
- 27 -31	19	25.0
- 32-36	14	18.4
- 37 - 43	16	21.1
- >43	8	10.5
<b>Estado Civil</b>		
- Solteiro	21	27.6
- Casado	48	63.2
- Divorciado	5	6.6
- Viuvo	1	1.3
- União facto	1	0.9
<b>Nível Sócio – Económico</b>		
- Classe alta	39	51.3
- Classe média alta	36	47.4
- Classe media	1	1.3

#### NÍVEL DE ANSIEDADE

A maioria dos Enfermeiros (71.1%) não revelam ansiedade, pontuando 25% com ansiedade ligeira e 3,9% com ansiedade moderada, (cf Tabela 2).

**Tabela 2 – Nível de Ansiedade**

Ansiedade	n	%
<b>Nula</b>	54	71,1
<b>Ligeira</b>	19	25
<b>Moderada</b>	3	3,9
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

#### NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA

A maioria dos Enfermeiros (59,2%) apresentam-se satisfeitos com a sua QDV, sendo que 27,6) apresentam elevada satisfação e apenas 13,2% se encontram insatisfeitos, (cf Tabela 3).

**Tabela 3 – Nível de qualidade de vida**

Qualidade De Vida	n	%
Muito satisfatória	21	27,6
Satisfatória	45	59,2
Não satisfatória	10	13,2
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

PROBLEMAS DE SAÚDE E BEM-ESTAR

Os problemas digestivos e os cardiovasculares são pouco frequentes (48,7% e 18,4% ) ou inexistentes (51,3% e 81,6% ).

Em relação aos problemas de saúde e bem-estar total 69,7% não os referem, 30,3% mencionam que são pouco frequentes (cf Tabela 4).

**Tabela 4 – Problemas de saúde e bem-estar**

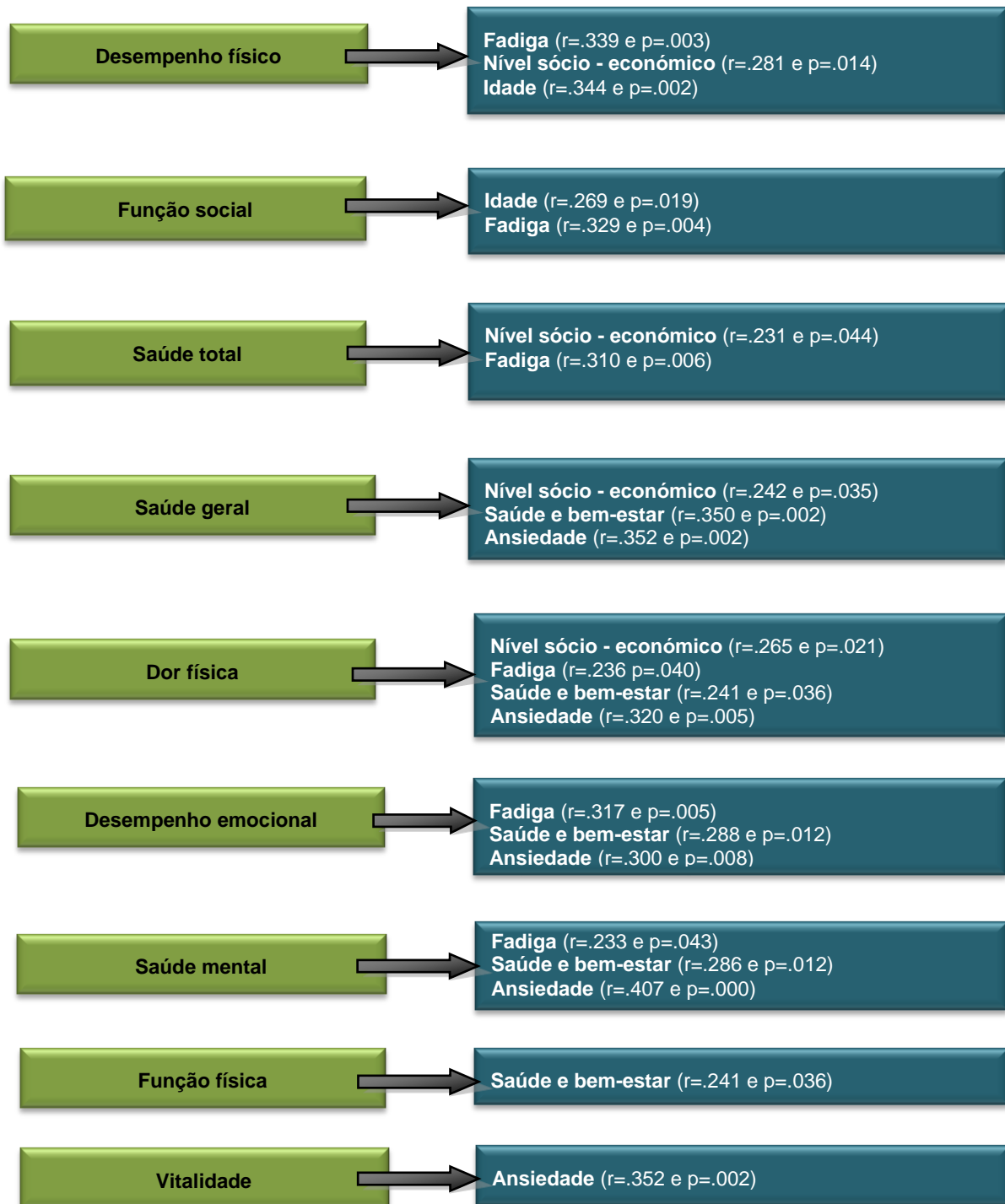
SAÚDE E BEM-ESTAR		n =76	%
Problemas Digestivos	Inexistentes	39	51,3
	Pouco frequentes	37	48,7
Problemas Cardiovasculares	Inexistentes	62	81,6
	Pouco frequentes	14	18,4
Problemas de saúde e bem-estar total	Inexistentes	53	69,7
	Pouco frequentes	23	30,3

DADOS SOBRE A FADIGA

O estudo da Fadiga nos Enfermeiros que trabalham por turnos revelou um valor mínimo de 25 e um máximo de 35, sendo a média de 28,4 ( Dp = 7.862).



Figura 1 – Dimensões da QDV com relação estatística significativa com variáveis



## **Discussão**

Os enfermeiros mais velhos relatam melhor QDV, resultados que são concordantes com os estudos de Ryff (1989) *cit in* Apostolo (2000) que advogam que as pessoas idosas se sentem mais felizes com as suas vidas.

Os enfermeiros fatigados com maior nível de ansiedade e pior saúde e bem-estar, manifestam estar insatisfeitos com a sua QDV. Este resultado vai de encontro ao postulado pela OMS, quando refere que a QDV está intimamente (...) *ligada à saúde física e condição psicológica*, (Bowling, 1995 *cit in* Apostolo, 2000).

## **Conclusões**

Os resultados do estudo sugerem que os enfermeiros participantes no estudo, se apresentam razoavelmente satisfeitos com a sua QDV.

Sugerem ainda que a idade, o nível sócio - económico, a fadiga, a saúde e bem-estar, a saúde psíquica e a ansiedade, se associaram à QDV, ou seja, à maior idade e melhor nível sócio - económico, corresponde maior satisfação com a QDV. Por outro lado, quanto mais intensa a fadiga, maior o nível de ansiedade e pior a saúde e bem-estar maior a insatisfação com a QDV.

O trabalho por turnos implica uma constante actualização e aplicação de opções e decisões em função das permanentes mudanças. Neste contexto, seria pertinente desenvolver investigação de carácter longitudinal, a fim de monitorizar a QDV dos enfermeiros ao longo do percurso profissional procurando identificar factores favorecedores da QDV destes profissionais, bem como a identificação das variáveis que a afectam.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Guimarães, C. (2000) – **Qualidade de vida do adulto asmático**. Dissertação de Mestrado. Acessível no Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Apostolo, J. – **Bem – estar Subjectivo ou psicológico**. **Boletim da Biblioteca do Hospital Sobral Cid** – Coimbra: Hospital Sobral Cid. Semestral nº1 (Janeiro/Junho de 2000), p.17-25.
- Azevedo, M (1980) – **Efeitos psicológicos do trabalho por turnos**. Dissertação de Doutoramento. Acessível na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Portugal.

## Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários

Guterres, C.<sup>1</sup>; Patrício, H.<sup>2</sup>; Júnior, L.<sup>3</sup>; & Almeida, M.<sup>4</sup>

### Resumo

A satisfação dos utentes assume-se, nos nossos dias, como um valioso factor a ter em conta na avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Torna-se assim imprescindível, ouvir a opinião dos utentes relativamente a esses cuidados, por forma a ir de encontro às suas necessidades e expectativas.

A pesquisa concretizou-se através de um estudo transversal e descritivo, englobando uma amostra de 193 utentes de cuidados de saúde primários.

Como instrumento de colheita de dados utilizámos: um questionário de caracterização sócio-demográfica, um Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente (QUASU) (McIntyre et al.,1999), a Escala da Avaliação do Apoio Social (Matos & Ferreira, 1999) e a Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978).

Os resultados mostram que a nossa amostra apresenta uma média de idades que ronda os 42 anos, sendo maioritariamente do sexo feminino (74,1%), casados ou em união de facto (67,4%), em que 69,9% dos indivíduos auferem menos de 1000€.

Dos utentes estudados, 43,5% estão razoavelmente satisfeitos e 40,9% apresentam uma satisfação “boa”. Do ponto de vista sócio-familiar apresentam-se maioritariamente inseridos em famílias altamente funcionas (74,1%) e 65,8% consideram dispôr de um apoio social razoável.

Assim, quanto maior é a idade, o apegar familiar e o apoio social dos utentes, maior é a sua satisfação para com os cuidados de saúde primários.

A idade, as habilitações literárias e o “apoio informativo” (dimensão do apoio social) predizem a satisfação dos utentes, explicando 16,5% da sua variância.

**Palavras-chave:** Satisfação dos Utesntes; Cuidados de Saúde Primários.

<sup>1</sup> Clelia Guterres - Unidade de Saúde Familiar Viriato.

<sup>2</sup> Helder Patrício - Hospital São Teotónio de Viseu.

<sup>3</sup> Luís Júnior - Hospital Egas Moniz, CHLO.

<sup>4</sup> Micaela Almeida - Hospital Egas Moniz, CHLO.

## Introdução

Para que a melhoria contínua dos cuidados de saúde seja um facto e para que se possa responder às legítimas expectativas dos cidadãos utilizadores, qualquer sistema de saúde tem de ser constantemente analisado e monitorizado e, conseqüentemente, tem de ser capaz de aprender com os resultados encontrados nas suas diferentes áreas de produção, (Ferreira et al., 2005).

A importância da opinião do utente é um parâmetro valorizado e reconhecido no nosso país, como podemos certificar pela Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) onde a satisfação do utente é considerada um importante elemento da avaliação permanente do funcionamento dos serviços de saúde.

Uma revisão exaustiva da literatura mostra que não se encontra um conceito unívoco da satisfação, já que os autores sublinham frequentemente as suas dimensões, os factores que a determinam, mas poucas vezes tentam uma teorização do conceito. O termo tem sido empregue para designar coisas diferentes, consoante o contexto em causa. Na verdade, o constructo satisfação é complexo uma vez que é variável de indivíduo para indivíduo, e está relacionado com um grande número de factores nomeadamente: estilos de vida; valores individuais; valores da sociedade; experiências vividas; experiências futuras.

Para Biscaia (2006), a satisfação pode ser entendida como o resultado da avaliação feita pelo indivíduo em função das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos. Deste modo, podemos verificar que se trata de um conceito que pressupõe elementos afectivos e cognitivos na avaliação dos recursos e respostas do meio às necessidades do indivíduo.

Bendall-Lyon & Powers (2002) entendem a satisfação dos clientes como elemento vital para o bem-estar financeiro de qualquer organização e do qual não excluem os cuidados de saúde. Em seu entender, o conhecimento das necessidades dos clientes deve tornar-se o objectivo principal das organizações de saúde, e muitos dos investimentos em recursos, tempo e substâncias, devem dirigir-se no sentido do melhoramento da satisfação dos utentes.

A avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de saúde que lhes são prestados, é, primariamente, um parâmetro de avaliação desses cuidados, contudo é também uma forma de envolver os utentes na própria prestação de cuidados, fazendo-lhes sentir o peso da sua importância no Sistema Nacional de Saúde. (Biscaia, 2006).

O envolvimento do cidadão nas diferentes fases do processo, possibilita o aumento do controlo sobre os cuidados recebidos de modo a que sejam proporcionados a todos os cidadãos os cuidados adequados. Este novo posicionamento faz com que o utente passe, gradualmente, de “objecto” dos cuidados a “sujeito”, cabendo-lhe o direito a opinar nas decisões que lhe dizem respeito (Higginson cit in Bowling, 2000).

Segundo um crescente número de autores, estamos numa era em que os resultados em saúde estão cada vez mais a ser avaliados sob a perspectiva do utente e com base na forma como afectam a sua funcionalidade ou o seu bem-estar, satisfazem as suas expectativas e necessidades. Na melhoria da prestação de cuidados de saúde um dos critérios de sucesso é, sem dúvida, saber em que medida os serviços de saúde conseguem ir de encontro às necessidades e carências dos cidadãos utilizadores.

De facto numa concepção abrangente, a qualidade dos cuidados assume-se como um serviço orientado para a satisfação do utente. Este é o centro participativo do sistema, ao qual deve ser dada voz activa, ouvida e respeitada. Os utentes exigem cada vez mais o direito de poder escolher, de poder reclamar, de ter poder dentro do sistema (Monteiro, 2000).

Corroborada a mesma opinião Giroud (2002) ao afirmar que “ a procura da satisfação do utente é hoje em dia uma missão que as organizações impõem aos profissionais de saúde (...). Esta satisfação aporta ao utente um bem-estar susceptível de melhorar directamente o seu estado de saúde, de condicionar a sua adesão aos cuidados de saúde e à sua continuidade”.

Ferreira (2001) defendem a tese de que a qualidade dos cuidados implica necessariamente a avaliação da satisfação. Entre as diferentes razões, destaca o facto da imagem positiva de um serviço gerar um maior grau de satisfação e conseqüentemente uma maior colaboração nas acções a levar a cabo. Estas, por sua vez, levam a uma maior eficácia e logo a uma maior qualidade dos cuidados prestados.

Neste cenário, a satisfação aparece como uma componente da qualidade dos cuidados, mas é também o resultado que se deseja obter no processo de prestação. Confrontados com esta dicotomia, podemos inferir que nunca poderá existir uma elevada qualidade dos cuidados se o utente estiver insatisfeito. A satisfação do utente assume-se deste modo como um pilar essencial na qualidade de prestação de serviços, concretamente

no campo da saúde, podendo ter implicações a nível das próprias organizações prestadoras destes serviços.

Uma vez que desenvolvemos a nossa actividade profissional em instituições onde se prestam cuidados de saúde, decidimos realizar este estudo por acreditarmos que dar “voz” ao utente será um contributo fundamental para atingirmos a qualidade sonhada e também para o aperfeiçoamento da sua dignidade como cidadão e utilizador dos cuidados. Acreditamos também que procurar compreender a satisfação/insatisfação sentida pelo cidadão no seu encontro com os serviços de saúde, através da análise de queixas, de reclamações ou ainda de inquéritos de opinião procedendo às adaptações necessárias, constituirá, um subsídio importante para a melhoria da “imagem” dos serviços de saúde e, simultaneamente, para um aumento da sua qualidade. Assim, procuramos responder às seguintes questões: *Como se caracterizam sócio-demograficamente os utentes dos cuidados de saúde primários?; Como se caracterizam e o que influencia as variáveis sócio-familiares (Apoio Social e Apegar Familiar) dos utentes dos cuidados de saúde primários?; Qual o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários e que a influencia?*

## **1- Metodologia de investigação**

### **1.1– Objectivos**

Este estudo está direccionado para a problemática da satisfação dos utentes, pretendendo conhecer mais concretamente o seu grau de satisfação com os cuidados de saúde primários; identificar quais as variáveis que influenciam a satisfação dos utentes; identificar o grau de satisfação dos utentes face a algumas dimensões da “satisfação do utente” (qualidade técnica, comunicação/informação, relações interpessoais, coordenação da equipa, acesso e despesas); caracterizar, sócio-familiar e sócio-demograficamente os utentes dos cuidados de saúde primários.

### **1.2– Hipóteses**

Tendo em conta que uma hipótese é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis em estudo, neste trabalho, partindo-se do conhecimento teórico e prático, deduziram-se as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 – A satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários é influenciada pelas variáveis socio-demográficas;

- Hipótese 2 – A satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários é influenciada pelas variáveis socio-familiares (apoio social e apgar familiar).

### **1.3 – Tipo de estudo**

O tipo de estudo equacionado para esta investigação, confere as seguintes características:

- Segue os métodos do estudo de análise quantitativa;
- Insere-se no tipo de investigação não experimental;
- É um estudo transversal;
- É um estudo descritivo e correlacional.

### **1.4 – Amostra**

A amostra escolhida para este estudo é do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 193 utentes do extinto Centro de saúde Viseu 3.

### **1.5 – Instrumento de recolha de dados**

Tendo em conta os objectivos a que nos propusemos, os instrumentos por nós seleccionados para a colheita de informação foram um questionário sócio-biográfico, construído por perguntas com a finalidade de caracterizar a amostra e escalas elaboradas por outros investigadores já traduzidas e aferidas para a população portuguesa.

Na presente investigação foram utilizadas as seguintes escalas: o “Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente” (QUASU), elaborado por McIntyre et al. (McIntyre, 1999); a escala de apoio social (EAS) criada por Matos & Ferreira (2000); a escala de Apgar Familiar criada por Smilkstein e adaptada à população portuguesa por Azeredo em 1998.

Efectivamente, o presente estudo tem como objectivo, avaliar a satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários. Para isso, esta variável, foi avaliada através do **“Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente” (QUASU)**, elaborado por McIntyre et al. (McIntyre, 1999) e constituído por seis dimensões dos cuidados de saúde: Acessibilidade com 17 itens; Despesas com 3 itens; Qualidade técnica com 3 itens; Comunicação/Informação com 13 itens; Relações interpessoais com 8 itens e Coordenação da equipa com 1 item.

O score final da escala corresponde à soma dos resultados obtidos nas 45 questões, correspondendo a um mínimo de 45 pontos e um máximo de 225 pontos. Este corresponde

à satisfação global dos utentes, definido por nós nos quadros como **“Satisfação dos Utes com os CSP”**.

A escala de apoio social (EAS) foi criada por Matos & Ferreira (2000). É uma escala de auto-resposta com 16 questões tipo *Likert* de 1 a 5 pontos, de tal forma que, quanto mais alto é o valor da EAS maior é o apoio social de que a pessoa dispõe. A escala está concebida, de um modo geral, de forma que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita, no entanto algumas questões são elaboradas de forma negativa (itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16) sendo, neste caso, as pontuações invertidas.

As pontuações podem variar de 16 a 80 pontos, sendo os valores médios para a população portuguesa em geral de 64.874 (D.P.=8,322).

Esta escala avalia ainda 3 factores:

- **Factor 1 – “apoio informativo”** – itens 1,6,7, 8, 9, 10;
- **Factor 2 – “apoio emocional”** – itens 2, 3, 4, 5, 11.
- **Factor 3 – “apoio instrumental”** – itens 12, 13, 14, 15, 16.

Para avaliar a funcionalidade familiar utilizámos uma escala de Apgar Familiar criada por Smilkstein e adaptada à população portuguesa por Azeredo em 1998, que é constituída por 5 questões que permitem avaliar a qualidade de relacionamento dos indivíduos com os seus familiares.

Cada questão permite três tipos de resposta, que correspondem ao “quase sempre”, “algumas vezes” e “quase nunca”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos respectivamente.

O resultado global da escala, obtêm-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, e varia entre os valores 0 e 10 pontos.

Uma pontuação global de 7 a 10 sugere uma família “altamente funcional”; de 4 a 6 pontos uma família com “moderada disfunção” e de 0 a 3 pontos uma família com “disfunção acentuada”.

Para a realização deste estudo, foi pedida autorização ao então coordenador da extinta Sub-Região de Saúde de Viseu bem como então director do extinto Centro de Saúde Viseu 3. Salientamos ainda que o preenchimento do instrumento de colheita de dados foi voluntário e garantiu o anonimato de todos os intervenientes.



## 2- Análise dos resultados

### *Caracterização Socio-Demográfica dos Utentes*

A amostra em estudo é maioritariamente feminina com 74,1% do total.

No que se refere à idade, verificamos que a nossa amostra é composta por indivíduos com idades compreendidas entre os 16 e os 93 anos, com uma média de 42,48 anos, um desvio padrão de 17,142 e uma dispersão elevada em torno da média (40,35%), (cf quadro 1).

**Quadro 1 – Estatísticas referentes à Idade dos utentes segundo o Sexo**

SEXO	n	MÍN	MÁX	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SK/erro	K/erro	CV
SEXO MASCULINO	50	20	83	47,50	18,183	0,680	-2,023	38,28
SEXO FEMININO	143	16	93	40,72	16,470	4,980	1,268	40,45
<b>TOTAL DA AMOSTRA</b>	<b>193</b>	<b>16</b>	<b>93</b>	<b>42,48</b>	<b>17,142</b>	<b>4,440</b>	<b>-0,773</b>	<b>40,35</b>

Pela análise destas características em função dos grupos etários, observamos que 36,0% dos indivíduos do sexo masculino estão na casa dos 59-93 anos de idade, enquanto o sexo feminino se encontra repartido de forma aproximadamente equitativa por todos os grupos etários. O teste de Qui-quadrado revela-nos existirem diferenças estatísticas significativas no grupo etário 59-93 anos ( $\chi^2=3,2$ ) (cf. Tabela 1).

Se tivermos em consideração a zona de residência, verificamos que 50,8% residem em “Zona Urbana”, enquanto 49,2% residem em “Zona Rural” (cf. Tabela 1).

No que respeita ao Estado Civil, a maioria dos utentes é “Casado/União de facto” com 67,4% (cf. Tabela 1).

**Tabela 1 – Caracterização Sócio-Demográfica dos utentes**

	MASCULINO		FEMININO		TOTAL		DA
	n	%	n	%	n	%	
<b>Grupos etários</b>							
16 – 27 anos	7	14,0	32	22,3	39	20,2	
28 – 34 anos	9	18,0	31	21,7	40	20,7	
35 – 42 anos	8	16,0	30	21,0	38	19,7	
43 – 58 anos	8	16,0	29	20,3	37	19,2	
59 – 93 anos	18	36,0	21	14,7	39	20,2	
<b><math>\chi^2=10,678</math>; <math>p=0,030</math></b>							

<b>Residência</b>						
Zona Rural	24	48,0	71	49,7	95	49,2
Zona Urbana	26	52,0	78	50,3	98	50,8
<b>X<sup>2</sup>=0,040; p=0,841</b>						
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	8	16,0	27	18,9	35	18,1
Casado / União de facto	35	70,0	95	66,4	130	67,4
Separado / Divorciado	2	4,0	7	4,9	9	4,7
Viúvo	5	10,0	14	9,8	19	9,8
<b>X<sup>2</sup>=0,305; p=0,959</b>						
<b>Habilitações Literárias</b>						
Não sabe ler nem escrever	1	2,0	3	2,1	4	2,1
Sabe assinar	2	4,0	6	4,2	8	4,1
1º Ciclo (4ª Classe)	16	32,0	26	18,2	42	21,8
2º Ciclo (9º Ano ou antigo 5º)	12	24,0	40	28,0	52	26,9
3º Ciclo (12º ano ou antigo 7º)	7	14,0	21	14,7	28	14,5
Curso médio	5	10,0	11	7,7	16	8,3
Curso Superior	7	14,0	36	25,2	43	22,3
<b>X<sup>2</sup>=5,799; p=0,446</b>						
<b>Rendimento mensal líquido</b>						
Até 250 Euros mensais	3	6,0	23	16,1	26	13,5
De 250 a 500 Euros mensais	10	20,0	36	25,2	46	23,8
De 500 a 1000 Euros mensais	22	44,0	41	28,7	63	32,6
De 1000 a 2000 Euros mensais	13	26,0	29	20,3	42	21,8
De 2000 a 3000 Euros mensais	2	4,0	12	8,4	14	7,3
Mais de 3000 Euros mensais	0	0,0	2	1,3	2	1,0
<b>Total</b>	50	100,0	143	100,0	193	100,0
<b>X<sup>2</sup>=8,121; p=0,150</b>						

Relativamente às Habilitações Literárias, a maior percentagem de utentes tem o “9º ano ou antigo 5ºano” (26,9%), seguida dos indivíduos com um “Curso superior” (22,3%) e, em terceiro lugar, encontram-se os indivíduos com a antiga “4ª classe” (21,8%) (cf. Tabela 1).

Por último, no que concerne ao Rendimento mensal líquido do agregado familiar, 32,6% dos indivíduos recebem entre “500 e 1000 Euros”, 23,8% de “250 a 500 Euros” e 21,8% recebem de “1000 a 2000 Euros”. Apenas 7,3% recebem, mensalmente, entre “2000 a 3000 Euros” e a ínfima percentagem de 1% recebe acima dos “3000 Euros” (cf. Tabela 1).

### **Caracterização Sócio-Familiar**

Quanto à variável funcionalidade familiar, podemos observar que 74,1% dos indivíduos percepciona uma “Família altamente funcional”, 19,2% uma “Família com disfunção moderada” e 6,7% percepcionam uma “Família com disfunção acentuada”. Atendendo ao

sexo, observamos que o masculino apresenta uma percentagem superior no item que corresponde à “Família altamente funcional”, com 80,0% (cf. Tabela 2), no entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p=0,519$ ).

**Tabela 2 – Caracterização do Apgar Familiar em função do Sexo**

Apgar Familiar	Masculino		Feminino		Total da Amostra	
	n	%	n	%	n	%
Família altamente funcional	40	80,0	103	72,0	143	74,1
Família de disfunção moderada	7	14,0	30	21,0	37	19,2
Família de disfunção acentuada	3	6,0	10	7,0	13	6,7
Total da amostra	50	100,0	143	100,0	193	100,0

$$X^2=1,313; p=0,519$$

Pela análise do Quadro 2, observamos que o Apoio Social varia entre um score mínimo de 32 e um máximo de 80, uma média de 59,75, um desvio padrão de 10,460 e uma dispersão moderada em torno dos valores médios (17,51%). De referir que o sexo masculino apresentam valores na média ligeiramente inferiores aos do sexo feminino, com respectivamente 58,02 e 60,36, no entanto, o teste U de Mann-Whitney não confirma diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $Z=-1,355$ ;  $p=0,175$ ).

**Quadro 2 – Estatísticas referentes ao Apoio Social segundo o Sexo**

APOIO SOCIAL		n	MÍN	MÁX	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SK/erro	K/erro	CV	Teste U de Mann-Whitney
SEGUNDO SEXO	MASCULINO	50	36	78	58,02	9,859	-0,332	-0,693	16,99	U= 3114,500 Z= -1,355 p= 0,175
	FEMININO	143	32	80	60,36	10,628	-0,759	-1,623	17,61	
APOIO SOCIAL (NOTA GLOBAL)		193	32	80	59,75	10,460	-0,703	-1,790	17,51	-----

No que concerne à relação entre o Apgar Familiar e o Apoio Social, temos uma associação que acontece em sentido positivo, o que significa que quanto maior o Apgar Familiar maior o Apoio Social evidenciado pelos utentes.

**Quadro 3 – Correlação de Pearson entre o Apgar Familiar e o Apoio Social**

	r	r <sup>2</sup>	p
Apgar Familiar (total)	0,490	0,240	0,000

### **Caracterização da Satisfação com os Cuidados de Saúde Primários**

O Quadro 4, expressa os dados estatísticos referentes à satisfação dos utentes com os Cuidados de Saúde Primários. Assim, o score total da Satisfação varia entre um mínimo de 60 e um valor máximo de 191, sendo o valor médio encontrado de 139,48 e uma dispersão moderada em torno dos valores médios (17,10%).

No que concerne ao sexo, observamos valores médios de satisfação muito idênticos entre o sexo masculino (139,74) e o sexo feminino (139,38), reflectindo contudo uma satisfação com os Cuidados de Saúde Primários ligeiramente superior nos utentes do sexo masculino.

**Quadro 4 – Estatísticas referentes à Satisfação com os Cuidados de Saúde Primários segundo o Sexo**

SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CSP		n	MÍN	MÁX	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SK/erro	K/erro	CV	TESTE DE U DE MANN-WHITNEY
SEGUNDO SEXO	MASCULINO	50	74	183	139,74	23,576	-1,540	-0,051	0,169	U=3497,500
	FEMININO	143	60	191	139,38	24,091	-2,192	1,722	0,173	Z= -0,228 p= 0,820
TOTAL		193	60	191	139,48	23,898	-2,629	1,405	0,171	-----

No que se refere ao grau de satisfação global, obtido pela análise da questão numero 46 da escala QUASU, verificamos que o maior valor percentual (43,5%) de utentes manifesta uma satisfação global “razoável”, seguido de 40,9% que revelam uma “boa” satisfação. Apenas 6,7% demonstram níveis de satisfação “muito boa”. Especificamente, no que concerne aos sexos, notamos que a maioria dos utentes do sexo masculino caracteriza a sua satisfação global como sendo “razoável” (42%) ou “boa” (42%). De forma semelhante, 44,1% das utentes do sexo feminino caracterizam como “razoável” a sua satisfação global e 40,6% referem-se com uma “boa” satisfação. Como seria de esperar, os valores do teste estatístico utilizado não revelam diferenças significativas entre os grupos ( $X^2= 0,492$ ;  $p=0,974$ ), (cf. Tabela 3).

**Tabela 3 – Caracterização da Satisfação Global dos utentes segundo o Sexo**

SATISFAÇÃO GLOBAL	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%
Muito Boa	4	8,0	9	6,3	13	6,7
Boa	21	42,0	58	40,6	79	40,9
Razoável	21	42,0	63	44,1	84	43,5
Má	3	6,0	8	5,6	11	5,7
Muito Má	1	2,0	5	3,5	6	3,1
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>	<b>193</b>	<b>100,0</b>

$$X^2 = 0,492; p = 0,974$$

Por pensarmos ser importante explorar a satisfação dos utentes relativamente aos seus diversos factores que a escala da satisfação comporta, apresentamos o quadro 5.

Apesar de não termos encontrado nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os sexos, podemos referir que o sexo masculino encontra-se mais satisfeito em todas as dimensões exceptuando na “Comunicação/Informação”, relativamente ao sexo feminino.

**Quadro 5 – Estatísticas referentes às dimensões da Satisfação com os Cuidados de Saúde Primários segundo o Sexo**

FACTORES	SEXO	MÍN	MÁX	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SK/erro	K/erro	CV	TESTE DE U DE MANN-WHITNEY
ACESSIBILIDADE	MASCULINO	27	73	48,58	8,887	-0,709	1,204	18,29	U=3397,500 Z= -0,523 p= 0,601
	FEMININO	23	69	48,23	9,091	-0,153	0,467	18,85	
DESPESAS	MASCULINO	3	12	8,12	1,945	-1,757	1,270	23,95	U=3394,500 Z= -0,551 p= 0,582
	FEMININO	3	13	8,02	1,608	-3,756	5,057	20,05	
QUALIDADE TÉCNICA	MASCULINO	3	15	10,80	2,499	-1,843	1,311	23,14	U=3285,000 Z= -0,864 p= 0,388
	FEMININO	3	15	10,48	2,181	-3,906	3,228	20,81	
COMUNICAÇÃO / INFORMAÇÃO	MASCULINO	22	64	43,24	9,391	-0,585	-0,606	21,72	U=3478,000 Z= -0,286 p= 0,775
	FEMININO	18	62	43,79	8,678	-2,300	0,806	19,82	
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	MASCULINO	15	36	25,70	4,979	0,223	-0,387	19,37	U=3500,000 Z= -0,221 p= 0,825
	FEMININO	9	39	25,69	6,086	-1,345	0,047	23,69	
COORDENAÇÃO DA EQUIPA	MASCULINO	1	5	3,30	0,931	-1,920	0,974	28,21	U=3223,000 Z= -1,115 p= 0,265
	FEMININO	1	5	3,17	0,952	-1,030	0,814	30,03	

### 3 – Apresentação e análise dos resultados / estatística inferencial

#### ***Relação entre a Satisfação com os Cuidados de Saúde Primários e a Idade***

Para estudarmos a relação entre estas variáveis, recorreremos à Correlação de Pearson.

Os resultados descritos no Quadro 6 expressam uma associação que varia entre um mínimo de  $r=0,019$  e um máximo de  $r=0,271$ .

Denota-se uma relação inversa entre a dimensão “**Acessibilidade**” e a idade, ou seja, quando aumenta a idade dos utentes, torna-se mais difícil a acessibilidade. Em relação às outras dimensões e em relação à satisfação total, verificamos existir uma relação positiva, o que significa que, quando a idade aumenta, a satisfação dos utentes com os Cuidados de Saúde Primários também aumenta.

Segundo os resultados apresentados, podemos dizer que quanto mais velhos são os utentes maior a sua satisfação para com a “**Qualidade Técnica**”, “**Comunicação/Informação**”, “**Relações Interpessoais**”, “**Coordenação da Equipa**” e ainda relativamente à Satisfação Global.

**Quadro 6 – Correlação de Pearson entre a Satisfação dos Utes dos Cuidados de Saúde Primários e a Idade**

SATISFAÇÃO DOS UTENTES	r	r <sup>2</sup>	p
ACESSIBILIDADE	-0,019	0,000	0,791
DESPESAS	0,062	0,004	0,388
QUALIDADE TÉCNICA	0,160	0,026	0,027
COMUNICAÇÃO/ INFORMAÇÃO	0,179	0,032	0,013
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	0,271	0,073	0,000
COORDENAÇÃO DA EQUIPA	0,222	0,049	0,002
SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CSP	0,153	0,023	0,033

#### ***Relação entre a Satisfação com os Cuidados de Saúde Primários e as variáveis Residência, Estado Civil, Habilitações Literárias e Rendimento Mensal Líquido***

No que respeita a estas relações, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre elas, podendo-se concluir que a Satisfação dos Utes dos Cuidados de Saúde Primários é independente da Residência, do Estado Civil, das Habilitações Literárias e do Rendimento Mensal Líquido.

### ***Relação entre a Satisfação com os Cuidados de Saúde Primários e o Índice de Apgar***

Para o estudo desta relação foi necessário recorrer ao teste de correlação de Pearson, no intuito de saber o sentido e a intensidade da mesma. Como podemos analisar, no Quadro 7, a associação entre as variáveis varia entre um mínimo de  $r=0,043$  e um máximo de  $r=0,234$ .

Em todas as relações temos uma associação positiva, ou seja, quando aumenta o apgar familiar, aumenta também a satisfação com os Cuidados de Saúde Primários em todas as dimensões e no total. No entanto verificamos que o Apgar familiar influencia apenas a “Acessibilidade”, a “Qualidade técnica”, a “Comunicação/ Informação” e o total da satisfação com os Cuidados de Saúde Primários, (cf. Quadro 7).

**Quadro 7 – Correlação de Pearson entre a Satisfação com os Cuidados de Saúde Primários e o Apgar Familiar**

<b>DIMENSÕES</b>	<b>r</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
ACESSIBILIDADE	<b>0,234</b>	<b>0,055</b>	<b>0,001</b>
DESPESAS	0,043	0,002	0,555
QUALIDADE TÉCNICA	<b>0,168</b>	<b>0,028</b>	<b>0,019</b>
COMUNICAÇÃO / INFORMAÇÃO	<b>0,172</b>	<b>0,030</b>	<b>0,017</b>
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	0,136	0,018	0,060
COORDENAÇÃO DA EQUIPA	0,136	0,018	0,060
<b>SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CSP</b>	<b>0,209</b>	<b>0,044</b>	<b>0,003</b>

### ***Relação entre a Satisfação com os Cuidados de Saúde Primários e o Apoio Social***

Como podemos verificar pelos dados do Quadro 8, a associação entre as variáveis oscila entre um mínimo de  $r=0,061$  e um máximo de  $r=0,239$ .

A associação entre as variáveis é positiva, ou seja, à medida que aumenta o apoio social, aumenta a satisfação com os Cuidados de Saúde Primários. No entanto, com excepção da dimensão “Despesas”, todas as outras são influenciadas pelo Apoio Social, na medida em que quanto melhor for o Apoio Social, maior é a Satisfação dos utentes (cf. Quadro 8).

**Quadro 8 – Correlação de Pearson entre a Satisfação com os Cuidados de Saúde Primários e o Apoio Social**

DIMENSÕES	r	r <sup>2</sup>	p
ACESSIBILIDADE	0,238	0,057	0,001
DESPESAS	0,061	0,004	0,398
QUALIDADE TÉCNICA	0,246	0,061	0,001
COMUNICAÇÃO / INFORMAÇÃO	0,212	0,045	0,003
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	0,147	0,022	0,041
COORDENAÇÃO DA EQUIPA	0,163	0,027	0,024
<b>SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CSP</b>	<b>0,238</b>	<b>0,057</b>	<b>0,001</b>

#### 4 – Conclusão

A realização deste estudo permitiu-nos ter uma perspectiva da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Saúde Primários e o que a influencia.

Com base nos resultados obtidos delineámos o perfil sócio-demográfico que caracteriza os 193 utentes que fazem parte da nossa amostra. Assim, temos um utente maioritariamente do sexo feminino, com uma idade média de aproximadamente 42 anos, que é casado ou vive em união de facto, com uma escolaridade inferior ou igual ao 2º Ciclo, que auferem um rendimento mensal líquido igual ou inferior a 1000 euros.

No que respeita ao perfil sócio-familiar, temos um utentes que integra uma família altamente funcional e com um Apoio Social razoável.

No que concerne à avaliação global da satisfação dos utentes com os Cuidados de Saúde Primários, podemos concluir que foi bastante positiva, já que 91,1% dos inquiridos avaliaram a sua satisfação como “razoável”, “boa” ou “muito boa”, enquanto que apenas 8,8% a classificaram como “má” ou “muito má”.

Inferimos também que variáveis como Residência, Estado Civil, Habilitações Literárias e Rendimento Mensal Líquido são independentes da Satisfação dos utentes com os Cuidados de Saúde Primários. Por sua vez a variável Idade influencia a satisfação dos utentes, na medida em que quanto mais velhas são os utentes, maior a sua satisfação.

No que respeita às variáveis sócio-familiares, verificamos que quanto maior o Apoio Social dos utentes e melhor a sua funcionalidade familiar, mais satisfeitos eles se encontram com os Cuidados de Saúde Primários, que lhes são prestados.



Com este estudo demos uma vez mais voz aos cidadãos e captámos a sua satisfação face à forma como os cuidados de saúde primários são prestados. Para além disso, permitiu-nos compreender um pouco melhor quais os determinantes na satisfação dos utentes.

Neste sentido, os doentes cada vez mais se apresentam perante os sistemas de saúde com um poder específico, como parceiros nos cuidados e nas tomadas de decisão. Pensar no doente no centro do sistema é isto! Citando o *Relatório de Primavera 2001*, «isto é ainda, em grande parte, contracultura. No entanto trata-se de uma tendência universal»

### **Bibliografia**

- Bendall-Lyon, D. & Powers, T. (2002). The impact of gender differences in satisfaction over time. *Journal of Consumer Marketing*, 19 (1): 12-23.
- Biscaia, A.; Martins, J.; Carreira, M. & Gonçalves, I. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*
- Bowling, A. (2000). *Research Methods in Health. Investigating Health and Services*. Philadelphia: Open University Press.
- Ferreira, P. [et al.] (2005). A Voz dos Utilizadores dos Centro de Saúde. Instituto da Qualidade em Saúde, Lisboa.
- Ferreira, P. L. (2001). Avaliação dos doentes de cuidados primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 17: 15-45.
- Ferreira, P. L. [et al.] (2001). Determinantes da satisfação dos utentes de cuidados de saúde primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2: 53-61.
- Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, S. C. (2000). *Social Studies in Health & Medicine*. Londres: SAGE Publications Ltd.
- Fitzpatrick, R. (1997). *Patient satisfaction*. In A. Baum, Newman, J. West, & C. McManus. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. London: Cambridge University Press.
- Giroud, M. (2002). La satisfaction du patiente aux urgences. *Soins et urgences*, 664: 27-30.
- Lei de Bases da Saúde, Lei Nº 48/90, D.R., I Série-A, 195 (24-08-90), 3452-3459.
- Monteiro, A. S. (2000). *A qualidade dos cuidados hospitalares: a voz dos doentes*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia, Coimbra.: *Reforma para novos sucessos*. (1ª edição). Lisboa: Padrões Conceptuais Editora.



## Satisfação Profissional dos Enfermeiros Chefes

Júnior, L.<sup>1</sup>, Patrício, H.<sup>2</sup>, Guterres, C.<sup>3</sup>, Almeida, M.<sup>4</sup>, Carvalho, C.<sup>5</sup>, & Cunha, M.<sup>6</sup>.

**Resumo** — A satisfação no trabalho tem sido considerada de primordial importância porque, directa ou indirectamente, é associada simultaneamente à produtividade das empresas e à realização profissional dos seus trabalhadores. A satisfação profissional é uma das variáveis mais estudadas no âmbito do comportamento organizacional.

A amostra estudada é constituída por 117 Enfermeiros Chefes, onde predominam enfermeiros com cerca de 47 anos, do sexo feminino (70,9%), com o grau de licenciado (82,9%), pertencentes à categoria de Enfermeiro-Chefe (73,5%), a exercer funções de chefia há cerca de 11 anos, em hospitais com o modelo de gestão EPE (67,5%).

A colheita de dados teve por base o *Job Satisfaction Index* – Satisfação Profissional (Schriesheim & Tsui, 1980), o Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1985), Escala de Vulnerabilidade ao Stress (Vaz Serra, 2000); Escala de *Locus* de Controlo de Levenson (Levenson, 1972, adaptado por Relvas et.al. 1989); Modelo do Papel do Gestor de Mintzberg (Mintzberg, 2003); e um questionário Biográfico e Profissional.

O estudo da Satisfação Profissional (*Job Satisfaction Index*) revelou que os *scores* médios da satisfação profissional foram de 3,97. A dimensão mais satisfeitas é a Natureza do Trabalho e a menos satisfeita é a Remuneração.

Concluimos que os enfermeiros chefes que pertencem ao modelo da Gestão Privada são os mais satisfeitos com a sua remuneração, na dimensão *Oportunidades de Promoção* os enfermeiros com vínculo à gestão privada são, em média, os mais satisfeitos e os do modelo EPE os menos satisfeitos. Os enfermeiros chefes mais satisfeitos atribuem maior importância ao papel de primeira figura e menor importância ao papel de elemento de ligação segundo o Modelo de Mintzberg.

---

<sup>1</sup> Luís Júnior, Hospital Egas Moniz, CHLO.

<sup>2</sup> Helder Patrício, Hospital São Teotónio de Viseu.

<sup>3</sup> Clelia Guterres, Unidade de Saúde Familiar Viriato.

<sup>4</sup> Micaela Almeida, Hospital Egas Moniz, CHLO.

<sup>5</sup> Cristina Carvalho, Hospital São Teotónio de Viseu.

<sup>6</sup> Madalena Cunha – Escola Superior de Saúde de Viseu.

O estudo da associação entre as variáveis psicológicas revelou que o aumento da satisfação profissional leva a um melhor o auto-conceito e a menor vulnerabilidade ao stress.

Inferimos também que quando existe um predomínio do locus interno o auto-conceito é melhor, por sua vez quando a externalidade e a externalidade devido ao acaso aumentam, o auto-conceito é pior.

**Palavras Chave** — Satisfação Profissional; Enfermeiros Chefes.

## **1. Introdução**

Para toda e qualquer actividade humana, a satisfação é fundamental para que essa mesma actividade seja realizada com apreço, indo de encontro aos objectivos pessoais de quem a executa.

A satisfação, enquanto fenómeno humano é, por si só, algo muito complexo, a começar pela grande diversidade que existe nos conceitos e definições que nos são sugeridos pelos distintos autores.

Inicialmente, a satisfação era uma preocupação do trabalhador ou dos grupos organizados de trabalhadores, nomeadamente comissões de trabalhadores e sindicatos. Actualmente, a satisfação no trabalho é uma preocupação da entidade patronal por questões socioculturais e de produtividade, sendo ainda, objecto de estudo de diversos investigadores, (Patrício, 2009).

Por outro lado, o trabalho tem vindo a adquirir uma importância crescente na vida do indivíduo, deixando de ser unicamente um meio de sobrevivência, para se assumir como um meio de realização, o que levou Rodrigues (1995) cit. por Andrade (2001) a afirmar que (...) para um número cada vez maior de indivíduos, não é apenas um meio de garantir o ganho económico e a sobrevivência mas, cada vez mais, um espaço de realização e expressão individual, entre outros espaços como o do lazer, da família, etc. Neste sentido, tem sido realizados vários estudos que ajudam a perceber esta nova dimensão do trabalho. Ele é, de facto, cada vez mais uma componente fundamental na vida do indivíduo, com implicações socioeconómicas muito importantes. Uma das questões que tem sido objecto de estudo, refere-se à satisfação do indivíduo em relação ao seu trabalho. Esta questão envolve aspectos importantes, como a importância que o trabalho assume na vida do homem, até

que ponto a satisfação experimentada em situação de trabalho é relevante e o que é que condiciona a satisfação experimentada pelo indivíduo em situação de trabalho.

A satisfação profissional é uma das variáveis mais estudadas no âmbito do comportamento organizacional. Desde a década de trinta, com a publicação do livro *Job Satisfaction* por Hoppock, que assume um lugar de destaque ao nível dos trabalhos científicos, (Manteigas, 2007).

A partir daí, a satisfação no trabalho tem sido considerada de primordial importância porque, directa ou indirectamente, é associada simultaneamente à produtividade das empresas e à realização profissional dos seus trabalhadores.

Deste modo, o principal objectivo deste estudo consiste em avaliar a satisfação profissional os Enfermeiros Lideres, procurando também determinar que variáveis a influenciam.

## **2. Enquadramento teórico**

Numa sociedade onde a concorrência é cada vez mais veemente, onde só os melhores têm lugar, valorizam-se as questões relacionadas com a estrutura física, a produtividade, as condições de trabalho, os direitos dos trabalhadores e a sua satisfação.

Os primeiros estudos sobre a satisfação no trabalho baseavam-se na simples premissa de que esta estava relacionada com a satisfação das necessidades económicas. Salientava-se um princípio básico da gestão, que era aquele que dava crédito ao conceito racional e económico da motivação. Taylor referia que a satisfação dos trabalhadores dependia da quantidade de dinheiro ganho. Ao contrário, as teorias baseadas nas relações humanas vieram demonstrar que as pessoas são motivadas para trabalhar a fim de satisfazer uma gama de necessidades diferentes e complexas, não trabalhando apenas pela remuneração, (Soares, 2007). É salientada a importância da satisfação das necessidades psicológicas e sociais dos indivíduos, as normas e os valores do grupo e o estilo de liderança (Mullins, 2004; cit. por Soares, 2007). Dos principais modelos humanistas destacou-se, o modelo das relações humanas de Elton Mayo, o modelo da satisfação das necessidades de Abraham Maslow e a Teoria de McClelland.

Existem duas perspectivas que justificam o estudo da satisfação no trabalho: a perspectiva do trabalhador e a perspectiva da organização. A perspectiva do trabalhador caracteriza-se pela sua orientação mais humanista, privilegiando o bem-estar e a saúde psicológica do colaborador como determinante da satisfação no trabalho. A perspectiva

organizacional assenta numa ideia de maior utilitarismo, encarando a satisfação como uma variável fundamental no aumento da produtividade da organização, (Pimentel, 2007; cit. por Júnior 2009).

O conceito de satisfação no trabalho surge descrito, por alguns investigadores, como um estado emocional ou afectivo e, por outros, como uma atitude generalizada em relação ao trabalho, (Júnior, 2009).

A satisfação no trabalho ao ser definida como uma emoção ou como uma atitude, manifesta a existência de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho. Relacionam-se com a satisfação os indicadores que é suposto mais frequentemente integrarem a sua dimensão (satisfação com perspectivas de promoção, o departamento onde trabalha, a relação com colegas, a remuneração e o trabalho que realiza). A satisfação pode existir, mesmo com uma ausência de atracção por aquilo que é exigido, concordando em que os factores de insatisfação não são os mesmos que os de satisfação, (Gomes, 1999; cit. por Faustino, 2008).

Assim sendo, a satisfação em situação de trabalho, é um acontecimento estritamente individual que se manifesta através de uma resposta emocional e afectiva, o que nos leva a questionar qual a influência que o trabalho exerce sobre o indivíduo e vice-versa, o que deixa antever uma situação de grande complexidade, com a interferência de muitas variáveis externas. Muito embora, seja uma questão amplamente estudada, não se encontra um modelo consistente e integrativo sobre esta matéria.

Para Graça (2000) cit. por Faustino (2008) a satisfação no trabalho é o resultado da avaliação periódica que cada um faz, em jeito de balanço, no que diz respeito ao seu próprio grau de realização, das suas necessidades, preferências e expectativas profissionais. Ou seja, é uma pessoa perceber ou aperceber-se que aquilo que recebe é justo, ou vai de encontro às suas expectativas. A satisfação manifesta-se não em relação a algo de abstracto e global, mas sim a algo concreto e particular.

Em suma, para definir satisfação no trabalho, tendo em atenção os autores citados, é preciso considerar pelo menos dois aspectos. Por um lado, deve-se especificar os processos psicológicos que constituem a experiência subjectiva da satisfação no trabalho, estando, neste caso, no domínio das atitudes, podendo considerar-se a componente cognitiva, afectiva e comportamental. O segundo aspecto, refere-se à identificação das características associadas ao trabalho que produzem essas experiências subjectivas de satisfação.

Especificamente no que diz respeito à enfermagem, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em 2001, definiu como enunciado descritivo da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, entre outros, a organização dos serviços de enfermagem. Esta, por sua vez, delimita como um elemento importante, a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional.

Teixeira (2005) salienta que a satisfação no trabalho será de entre as inúmeras variáveis situacionais relacionadas com o trabalho, a de maior relevância na actualidade. A mesma autora, afirma ser insólito, que o tema da satisfação no trabalho tenha chegado tão tardiamente ao campo das organizações dos profissionais de saúde, já que foi reconhecido como importante indicador do clima organizacional, mais do que isso, um elemento determinante da avaliação da qualidade dos hospitais, a par com a satisfação dos utentes.

Esta temática é tanto mais importante, se for tido em consideração que na fase de mudança que as organizações de saúde atravessam, é sobretudo necessário atingir a satisfação no trabalho de forma integrada, de modo a que as expectativas geradas não saiam frustradas por necessidades não satisfeitas.

Lucas (1984); cit. por Soares (2007) refere que a satisfação no trabalho dos enfermeiros é um tema importante e pode revelar-se extremamente gravoso quando olhado a partir dos seus efeitos: absentismo, elevada rotação de emprego, escassez de profissionais, baixa produtividade, diminuída eficiência e qualidade dos serviços a par de custos acrescidos de substituição. O mesmo refere que, em estudos localizados em alguns hospitais, a taxa de absentismo do pessoal de enfermagem é das mais elevadas do conjunto dos profissionais.

Llopis e Aliaga et.al. (1993) cit. por Patrício (2009), sustentam mesmo, que um dos atributos da qualidade assistencial dos doentes, é a satisfação profissional dos enfermeiros e, por isso, merece ser investigada. Assim, tanto a direcção da instituição como os profissionais de saúde, poderão modificar as circunstâncias que poderão estar subjacentes à insatisfação no trabalho.

Nos últimos anos, a problemática da satisfação profissional dos enfermeiros, tem merecido por parte destes uma especial atenção, tendo-se verificado o desenvolvimento de investigações no domínio da satisfação profissional e da enfermagem em diversas áreas de actuação, embora poucos trabalhos sejam conhecidos da satisfação profissional dos enfermeiros chefes.

### 3. Método

Trata-se de um estudo transversal, efectuado segundo via analítico-correlacional, realizado entre Maio e Setembro de 2009.

Face ao objectivo anteriormente descrito levantaram-se as seguintes hipóteses:

*Hipótese 1 – Há relação entre as variáveis sócio-demográficas e profissionais e a Satisfação Profissional.*

*Hipótese 2 - Há relação entre as variáveis psicológicas e a Satisfação Profissional.*

A amostra do estudo ficou constituída por 117 enfermeiros chefes a trabalhar em meio hospitalar, com idades média de 47 anos, maioritariamente do sexo feminino (70,9%), com cerca de 47 anos, com o grau de licenciado (82,9%), pertencendo a categoria de Enfermeiro-Chefe (73,5%), exercendo funções em hospitais com o modelo de gestão EPE (67,5%) e a exercer funções de chefia há cerca de 11 anos.

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram o Questionário sobre Dados Sociodemográficas e Profissionais, Job Satisfaction Index (Schriesheim & Tsui, 1980), o Inventário Clínico do Auto-Conceito (Vaz Serra, 1986), a Escala de Vulnerabilidade ao Stress (Vaz Serra, 2000) e a Escala de Locus de Controlo de Levenson (Levenson, 1972, adaptado por Relvas et.al. 1989).

### 4. Análise e discussão dos resultados

O estudo da **Satisfação Profissional** (*Job Satisfaction Index*) revelou que os scores médios da satisfação profissional foram de 3,97 (Dp=0,642), distribuindo-se de forma simétrica e mesocúrtica e com dispersão moderada em torno da média (CV=16,17). Observamos que as dimensões mais satisfeitas são o Natureza do Trabalho ( $\bar{x}$  =4,11), seguido da Relação com Colegas ou Pares ( $\bar{x}$  =3,96) e da Satisfação com o Superior Organizacional ( $\bar{x}$  =3,93), Sendo as menos satisfeitas a Oportunidades de Promoção e a Remuneração com valores médios de 2,75 e 2,72, respectivamente.

Para complementar o estudo da Satisfação Profissional, estudamos a distribuição dos enfermeiros chefes pelos itens de resposta possível. Quando questionados se “Globalmente, estou satisfeito com o meu trabalho”, inferimos que a maioria (61,5%) refere que concorda com a afirmação, e apenas 0,9% refere algum descontentamento ao referir que não concorda com a mesma. Os valores no sexo masculino e feminino são semelhantes aos da



amostra total, todavia, revelando o teste Qui-Quadrado que as diferenças não são significativas ( $\chi^2=0,589$ ;  $p=0,899$ ), (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 – Estatísticas referentes à Satisfação Profissional em função do Sexo**

Sexo	Masculino (n=34)		Feminino (n=87)		Total	
	n	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Discordo	-	0,0	1	0,9	1	0,9
Nem Discordo, Nem Concorde	6	17,6	17	20,5	23	19,7
Concorde	22	64,8	50	60,5	72	61,5
Concorde Totalmente	6	17,6	15	18,1	21	17,9
Total	34	100,0	83	100,0	117	100,0

Sexo ( $\chi^2 = 0,589$ ;  $p=0,899$  n.s.)

#### Satisfação Profissional Vs Variáveis Sócio-demográficas e Profissionais

Os enfermeiros chefes do sexo masculino apresentam, em termos médios, maior satisfação do que as enfermeiras do sexo feminino respectivamente, 4,00 (Dp=0,603) e 3,95 (Dp=0,661), contudo o teste U de Mann-Whitney revela que as diferenças não são estatisticamente significativas, ou seja, a Satisfação Profissional é independente do sexo ( $p>0,05$ ).

A análise das dimensões da satisfação profissional em função do sexo, realizada através do teste de U de Mann-Whitney mostrou, que apenas na dimensão *Satisfação com o Superior Organizacional* as diferenças são significativas ( $U=1074,5$ ;  $Z= -2,764$ ;  $p=0,030$ ), ou seja, as enfermeiras apresentam-se mais satisfeitas com o superior hierárquico do que os enfermeiros ( $\bar{x} =4,04$  Vs  $\bar{x} =3,56$ ), (cf. Anexo VIII).

O efeito da **Idade** e do **Tempo de Serviço a Exercer funções de Chefia** na Satisfação Profissional, foi estudado com recurso à Correlação de Pearson, no sentido de se estabelecer a força e o sentido da associação existente entre as duas variáveis.

Os resultados expressam uma associação muito baixa, inversa, ou seja, quanto maior a idade e o tempo de serviço em funções de chefia menor a satisfação profissional, contudo as

diferenças encontradas não são significativas (Idade:  $r=-0,077$ ;  $p=0,411$  e Tempo de Serviço em funções de chefia:  $r=-0,126$ ;  $p=0,176$ ).

Constatamos que os enfermeiros chefes com o grau de bacharelato se apresentam mais satisfeitos ( $\bar{x}=4,00$ ), sendo os enfermeiros com o grau de mestre os menos satisfeitos ( $\bar{x}=3,80$ ), contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, ( $H=1,292$ ;  $p=0,524$ ), ou seja as **Habilitações Académicas** não exercem influência sobre a Satisfação Profissional dos Enfermeiros Chefes.

Quanto à **Categoria Profissional**, verificamos que quer na satisfação profissional geral, quer nas dimensões, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ), pelo que inferimos que as variáveis em análise são independentes.

No **Modelo de Gestão Hospitalar**, concluímos que os enfermeiros que pertencem ao modelo da Gestão Privada são os mais satisfeitos com a sua remuneração ( $\bar{x}=3,70$ ) e os enfermeiros do modelo EPE os menos satisfeitos ( $\bar{x}=2,30$ ), sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $H=36,603$ ;  $p=0,000$ ). Na dimensão *Oportunidades de Promoção* os enfermeiros com vínculo à gestão privada são, em média, os mais satisfeitos e os do modelo EPE os menos satisfeitos com valores médios de 3,26 e 2,52, respectivamente. O teste Kruskal-Wallis revela que as diferenças encontradas são significativas ( $H=13,181$ ;  $p=0,001$ ).

Na Satisfação Geral, verificamos que os enfermeiros do modelo SPA são os mais satisfeitos ( $\bar{x}=4,07$ ), seguido os dos enfermeiros da Gestão Privada ( $\bar{x}=4,04$ ) e por último dos enfermeiros que pertencem ao modelo EPE ( $\bar{x}=2,92$ ), contudo o teste estatístico revela que as diferenças encontradas não são significativas ( $H=0,927$ ;  $p=0,620$ ).

### **Satisfação Profissional Vs Variáveis Psicológicas**

O estudo da associação entre as variáveis psicológicas (auto-conceito, vulnerabilidade ao stress e *locus* de controlo) e a satisfação profissional dos Enfermeiros Chefes, revelou que quanto melhor o **auto-conceito**, melhor a satisfação profissional, ( $r=0,227$ ;  $p=0,014$ ); o aumento da satisfação leva a que a **vulnerabilidade ao stress** diminua ( $r=-0,286$ ;  $p=0,002$ ) e nos factores do **Locus de Controlo** as associações não são significativas ( $p>0,05$ );

Pelo valor de t observamos que o auto-conceito e a vulnerabilidade ao stress explicam, respectivamente, 5,1% e 8,3% da variabilidade da satisfação profissional dos Enfermeiros Chefes, (cf. Quadro 2).

**Quadro 2 – Regressão Linear simples entre as variáveis psicológicas e a Satisfação Profissional**

	SATISFAÇÃO PROFISSIONAL				
	r	r <sup>2</sup> (%)	p	t	p
<b>Auto-Conceito</b>	<b>0,227</b>	<b>5,1</b>	<b>0,014*</b>	<b>2,501</b>	<b>0,014*</b>
<b>Vulnerabilidade ao Stress</b>	<b>-0,286</b>	<b>8,3</b>	<b>0,002**</b>	<b>-3,198</b>	<b>0,002**</b>
<b>Internalidade</b>	<b>0,009</b>	<b>0,0</b>	<b>0,920</b> n.s.	<b>0,100</b>	<b>0,920</b> n.s.
<b>Externalidade</b>	<b>-0,161</b>	<b>2,6</b>	<b>0,082</b> n.s.	<b>-1,755</b>	<b>0,082</b> n.s.
<b>Externalidade, devido ao acaso</b>	<b>-0,167</b>	<b>2,6</b>	<b>0,073</b> n.s.	<b>-1,811</b>	<b>0,073</b> n.s.

p>0,05 ns

\*p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

Ao dar resposta ao objectivo “**Avaliar a satisfação profissional do Enfermeiro Chefe**” observámos que a maioria dos Enfermeiros Chefes (61,5%) refere que está satisfeito com o trabalho que realiza.

De igual forma, Rocha (1999) cit. por Gonçalves (2008), Fonseca (1999) e Gonçalves (1999) ao estudarem Enfermeiros Chefes, concluíram que os mesmos se encontravam satisfeitos.

Focando-nos na análise da satisfação por dimensões, apurámos que os Enfermeiros Chefes pontuaram como mais satisfeitos na dimensão a *Natureza do Trabalho*, seguido da *Relação com Colegas ou Pares* e a *Satisfação com o Superior Organizacional*. Por sua vez, a satisfação foi menor na *Oportunidades de Promoção* e na *Remuneração*.

Também Rocha (1999) cit. por Gonçalves (2008) obteve como factores de satisfação: o trabalho que realizavam e a colaboração e clima de relação com os colegas. A colaboração do director do serviço e enfermeiro supervisor (enquanto superior organizacional), é apontado, contrariamente aos nossos resultados, como um factor de insatisfação.

Os nossos resultados corroboram ainda os de Rocha (1999) cit. por Gonçalves (2008), Fonseca (1999) e Gonçalves (1999), que inferiram ser a remuneração, como um dos aspectos com menor satisfação para os Enfermeiros Chefes.

Gonçalves (1999) acrescenta ainda, que a auto-realização, para a qual as Oportunidade de Promoção pontuam enquanto contribuição, é considerada como uma das mais importantes.

Ao inferirmos da relação entre a Satisfação Profissional e as variáveis sócio-demográficas e profissionais verificámos que a primeira, apenas sofre influência da variável Modelo de Gestão Hospitalar.

No entanto, da análise das dimensões da satisfação profissional em função do sexo, concluiu-se que, na dimensão *Satisfação com o Superior Organizacional* as diferenças são significativas ou seja, as enfermeiras apresentam-se mais satisfeitas com o superior hierárquico do que os enfermeiros.

Dos resultados ressalta que, os enfermeiros que pertencem ao modelo de Gestão Privada são os mais satisfeitos com a sua *Remuneração* e os do modelo EPE os menos satisfeito. Contrariamente, Gomes (2003) ao estudar um grupo de Enfermeiros Chefes, concluiu que relativamente à dimensão *Remuneração*, são os enfermeiros do modelo EPE os mais satisfeitos. Na dimensão *Oportunidades de Promoção* os enfermeiros com vínculo à Gestão Privada são em média os mais satisfeitos e os do modelo EPE os menos satisfeitos. Isto vai de encontro ao que refere Gonçalves (2007), quando afirma que, a segurança laboral torna-se cada vez mais uma miragem, quase transcendente e inatingível, a este nível, o trabalhador tem de optar por situações onde lhe dêem o mínimo de garantias.

Ao indagarmos da relação entre a Satisfação Profissional e as variáveis psicológicas dos Enfermeiros Chefes, verificámos pela pesquisa bibliográfica efectuada, não existirem estudos que as relacionassem. Desta forma, a análise e discussão dos resultados têm por base a comparação de estudos com amostras de enfermeiros nos quais os Enfermeiros Chefes não são distinguidos.

A correlação entre a *Satisfação Profissional e o Auto-conceito*, revelou que quanto melhor o auto-conceito melhor a satisfação profissional. Idêntica conclusão, obtiveram Laschinger et.al. (2007), Patrício (2009) e Júnior (2009).

Quanto à Vulnerabilidade ao Stress, observámos que um aumento da satisfação profissional corresponde a uma diminuição da vulnerabilidade ao stress. Estes resultados são suportados pelos estudos de Vaz Serra (2000) e Uva & Graça (2004) que relataram que a níveis elevados de satisfação se associavam baixos índices de *stress*.

Relativamente aos factores do *Locus* de Controlo inferiu-se que, este não se associou de forma significativa com a satisfação profissional. Contudo, Soares (2007), concluiu que os enfermeiros cujos acontecimentos determinantes são percebidos como escapando ao controlo individual e dependentes de factores tais como a acção de outras pessoas ou instituições poderosas, ou seja, com *Locus* de Controlo Externo, tendem a ter menor satisfação.

## 5. Conclusões

Observámos que a maioria dos Enfermeiros Chefes (61,5%) refere que está satisfeito com o trabalho que realiza. De igual forma, Rocha (1999) cit. por Gonçalves (2008), Fonseca (1999) e Gonçalves (1999) ao estudarem Enfermeiros Chefes, concluíram que os mesmos se encontravam satisfeitos.

Os nossos resultados corroboram ainda os de Rocha (1999) cit. por Gonçalves (2008), Fonseca (1999) e Gonçalves (1999), que inferiram ser a remuneração, como um dos aspectos com menor satisfação para os Enfermeiros Chefes.

Ao inferirmos da relação entre a Satisfação Profissional e as variáveis sócio-demográficas e profissionais verificámos que a primeira, apenas sofre influência da variável Modelo de Gestão Hospitalar.

Ao indagarmos da relação entre a Satisfação Profissional e as variáveis psicológicas dos Enfermeiros Chefes, verificámos pela pesquisa bibliográfica efectuada, não existirem estudos que as relacionassem. Desta forma, a análise e discussão dos resultados têm por base a comparação de estudos com amostras de enfermeiros nos quais os Enfermeiros Chefes não são distinguidos.

A correlação entre a Satisfação Profissional e o Auto-conceito, revelou que quanto melhor o auto-conceito melhor a satisfação profissional. Idêntica conclusão, obtiveram Laschinger et.al. (2007), Patrício (2009) e Júnior (2009).

Quanto à Vulnerabilidade ao Stress, observámos que um aumento da satisfação profissional corresponde a uma diminuição da vulnerabilidade ao stress. Estes resultados são suportados pelos estudos de Vaz Serra (2000) e Uva & Graça (2004) que relataram que a níveis elevados de satisfação se associavam baixos índices de stress.

Portanto, a satisfação profissional é o resultado da experiência concreta do indivíduo com o trabalho e desempenha um papel importante na evolução das suas metas e projectos pessoais e profissionais. É uma parte da satisfação geral com a vida, (Loureiro, 2008).

A satisfação/insatisfação profissional em enfermagem é um problema bastante complexo que também subsiste a nível internacional, não existindo um único factor a sobressair como a maior variável explicativa (Gonçalves, 2007).

### **Referências Bibliográficas**

- Andrade, L. – A Satisfação Profissional Nos Enfermeiros de Pediatria. Porto: Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, 2001. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem – Pediatria.
- Faustino, A. [et.al.] – O Poder da Influência das Chefias de Enfermagem nos Ensinos Clínicos. Viseu: Instituto Superior Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, 2008. Monografia de Licenciatura em Enfermagem.
- Fonseca, J. – Satisfação Profissional dos Enfermeiros Gestores. Coimbra, 1999. Tese de Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.
- Gomes, E. – A Influência dos Modelos de Gestão Hospitalar no Papel e Satisfação Profissional do Enfermeiro Gestor Operacional em Portugal. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública, 2003. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.
- Gonçalves, A. – Satisfação Profissional em Enfermagem: Resultados Empíricos. Revista Sinais Vitais. Nº 23 (Março 1999) 19-22
- Gonçalves, E. – Satisfação Profissional: Uma realidade em Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública, 2007. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.
- Gonçalves, M. – Estilos de Liderança: Um estudo de Auto-Percepção de Enfermeiros Gestores. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2008. Dissertação de Mestrado em Ciências Empresariais.
- Júnior, Luís M. – O Enfermeiro nos Diferentes Modelos de Gestão Hospitalar. Viseu: Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras. 2009. Tese de Mestrado em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde.
- Laschinger [et.al.] – The impact of leader-member exchange quality, empowerment, and core self-evaluation on nurse manager's job satisfaction. Journal of nursing administration. 37:5 (2007).
- Loureiro, R. – Liderança em Enfermagem Versus Satisfação Profissional. Revista de Investigação em Enfermagem. Lisboa: [s.n.]. 17:2 (2008)
- Manteigas, V. – Satisfação Profissional nos Serviços de Saúde Pública: A Satisfação na Reestruturação da Saúde Pública. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública, 2007. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.
- Mintzberg, H. – Le Management: Voyage au Centre des Organizations. 6ª ed. Paris: Éditions d'Organization, 2003.

- Patrício, Hélder F.; Almeida, Micaela S. – Liderança em Enfermagem. In Escola Superior De Enfermagem De Vila Real – Investigação em Saúde: Contributos. 1ª ed. Vila Real, 2009. ISBN 978-972-97739-5-2
- Rodrigues, V. – Satisfação dos enfermeiros de saúde. Nursing. Nº 141 (2000) 32-36
- Soares, J. – Satisfação geral no trabalho dos Enfermeiros. Clima organizacional e características pessoais. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas
- Teixeira, A. – A Satisfação Profissional e a Inteligência Emocional. Revista Sinais Vitais. Coimbra: [s.n.]. nº 59 (2005) 52-54.
- Uva, A.; Graça, L. – Saúde e segurança do trabalho: glossário. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 2004
- Vaz Serra, A. – O inventário clínico de auto-conceito. Psiquiatria Clínica. 7:2 (Abril/Junho 1986).
- Vaz Serra, A. – Construção de uma Escala para Avaliar a Vulnerabilidade ao Stress: a 23 QVS. Psiquiatria Clínica. (2000) 21:261 308.





## RESUMOS



## **ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**



## A Cárie na Adolescência

Bica, I.<sup>1</sup>; Cunha, M.<sup>1</sup>; Costa, J.<sup>1</sup>; Rodrigues, V.<sup>2</sup> & Gouveia, A.<sup>3</sup>; Dias, C.<sup>3</sup>; Neves, D.<sup>3</sup>; Albuquerque, I.<sup>3</sup>; Agostinho, J.<sup>3</sup>; Marques, M.<sup>3</sup>; Pereira, S.<sup>3</sup> & Lima, T.<sup>3</sup>

**Palavras-chave:** Cárie Dentária, Índices de Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados (CPOD e de Placa Bacteriana (IPB))

**Introdução:** A cárie é uma das doenças mais comuns nas crianças e adolescentes e uma das que pode ser prevenida. Pode aparecer na 1ª Infância e prolongar-se na adolescência como uma deterioração agressiva do dente que afecta a dentição permanente dos adolescentes. Para medir a ocorrência de uma doença, existem índices que estabelecem a sua intensidade e a sua condição. Para medir a prevalência de cárie dentária o indicador mais utilizado é o índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPOD). No intuito de identificar as características, relativas à Saúde Oral dos adolescentes, definimos os seguintes objectivos para o estudo.

**Objectivos:** Avaliar o estado da dentição através do Exame Objectivo à Boca; Avaliar o índice de CPOD; Avaliar o Índice de Placa Bacteriana.

### **Métodos:**

**Tipo de estudo:** Estudo quantitativo, transversal e descritivo.

**Participantes:** Uma amostra não probabilística, constituída por 323 adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos (idade média 13,588 anos) a frequentarem o 3º ciclo do ensino básico em escolas públicas pertencentes ao distrito de Viseu.

**Material:** Questionário sobre Saúde Oral \* Ficha de Observação Dentária para o Exame Objectivo da Boca.

**Resultados:** Na observação da saúde oral através do exame objectivo da boca verificou-se que a percentagem de adolescentes com cárie foi de 47.06% estando livres de cárie 33.17%. A prevalência de cárie é mais elevada no sexo feminino (52.08%) que no sexo masculino (43.02%).

---

<sup>1</sup> Docente – CI&DETS; ESSV - Instituto Politécnico de Viseu.

<sup>2</sup> Docente – ESE – UTAD.

<sup>3</sup> Licenciada em Enfermagem.

O índice de Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados (CPOD) médio foi de 2.734 (Dp=3.209), cujo valor mínimo foi de 0 e o valor máximo de 26. Tendo em conta o valor do coeficiente de variação, constatamos que a dispersão desta variável é elevada. Verificou-se um índice de CPOD mais elevado no sexo feminino com um valor médio de 3.188 (Dp=3.599) comparativamente ao sexo masculino (2.369) (Dp=2.814)

O Índice de Placa Bacteriana (IPB), revelou que uma percentagem elevada de adolescentes (54.35%) apresenta uma acumulação de placa visível a olho nú. Esta é mais elevada nos rapazes (51,12%) do que nas raparigas (58,34%)

**Conclusão:** Os resultados revelam que a média de CPOD é de 2,734, traduzindo um défice em Saúde Oral, porquanto o valor obtido atingiu os valores de CPOD preconizados para 2000, não tendo ainda alcançado os valores preconizados para 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que definiu como metas para 2000 e 2020, um índice de CPOD, aos 12 anos, inferior a 3 e 1,5 respectivamente. Assim, a fim de reduzir o índice de CPOD, é necessário vigiar e promover de forma efectiva a saúde oral dos adolescentes.

## Factores de risco familiar para a obesidade infantil: da genética ao ambiente

Aparício, Graça<sup>1</sup>; Cunha, Madalena<sup>1</sup>; Duarte, João<sup>1</sup>; Pereira, Anabela<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** Obesidade infantil, risco familiar, factores genéticos e ambientais

**Introdução:** O aumento da prevalência de obesidade entre membros da mesma família tem sido amplamente estudado, apontando as evidências para o contributo da interacção entre factores genéticos e ambientais. A ocorrência de obesidade nos pais leva a um risco aumentado de obesidade nos filhos, podendo ser duas vezes maior (80%) para os indivíduos com pai e mãe obesos, (Sigulem et al. 2001; Rennie et al., 2005).

**Objectivo:** Analisar a relação entre o estado nutricional da criança e o dos pais.

**Material e métodos:** Estudo transversal, realizado com 234 crianças entre os 3-6 anos, residentes no centro do país. Foi efectuada a avaliação antropométrica das crianças e dos pais para determinação do IMC. Para classificação do estado nutricional das crianças segundo a idade e sexo, foi utilizado o referencial NCHS (CDC, 2000) e dos pais os pontos de corte definidos por WHO (2000).

**Resultados:** O estado nutricional das crianças era normal em 64,1%, contudo 34,6% apresentavam peso excessivo e 1,3% baixo-peso, tendo os meninos estado nutricional mais adequado, sem diferença estatística significativa ( $t= 1.376$ ;  $p=.170$ ). Relativamente às mães, verificou-se que 62,7% apresentavam IMC normal, 28,6% pré-obesidade e 5,7% obesidade classe I; Os pais, 36% apresentavam IMC normal, 48,9% pré-obesidade e 13,3% obesidade classe I. O IMC da mãe relacionou-se significativamente com o IMC da criança, constatando-se que quanto maior o IMC da mãe, maior IMC do filho, ( $r=.184$ ;  $p=.005$ ), explicando 3,38% da sua variabilidade. Relativamente aos valores de IMC do pai, os resultados não revelaram relação significativa ( $r=.111$ ;  $p=.093$ ).

**Conclusões:** Os resultados sugerem, tal como noutros estudos, a associação entre a obesidade familiar, nomeadamente materna e a obesidade dos filhos. Nesta perspectiva, as estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis, devem ter uma visão de saúde da família, adequada à cultura e crenças parentais, promovendo um trabalho efectivo de parceria.

<sup>1</sup> CI&DETS - Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV.

<sup>2</sup> Universidade de Aveiro.





## Saúde oral na adolescência

Marinho, Catarina Andreia R Saraiva<sup>1</sup> & Cordinhã, Patrícia Graça Gonçalves<sup>2</sup>

**Palavras-Chave:** Saúde oral, Índices de Placa Bacteriana Simplificado e CPOD

**Introdução:** A Saúde Oral constitui uma parte integrante da saúde em geral e a sua manutenção é uma prioridade para a preservação da mesma (PORTUGAL, 2002). A manutenção de uma boa Saúde Oral não significa apenas ter dentes bonitos. Toda a boca necessita de cuidados específicos para manter Saúde Oral, incluindo os dentes, as gengivas e outras estruturas de suporte.

**Objectivos:** Identificar as práticas de higiene oral em adolescentes, avaliar o Índice de CPOD e o Índice de Placa Bacteriana Simplificado.

**Métodos:** Estudo transversal e descritivo sobre as práticas de higiene oral dos adolescentes, numa amostra de 189 adolescentes (52.9% raparigas e 47.1% rapazes) com idades compreendidas entre 11 e 17 anos, sendo a idade média de 13.44 anos.

**Material:** A recolha de dados foi efectuada através de um questionário dirigido aos adolescentes sobre práticas de higiene oral. Procedeu-se ainda à avaliação do Índice de Placa Bacteriana Simplificado e CPOD.

**Resultados:** Relativamente às práticas de higiene oral, a maioria (99,5%) dos adolescentes usa pasta dentífrica fluoretada e (69,3%) dos adolescentes escovam os dentes duas vezes por dia, destes 54,5% refere escovar os dentes, língua e gengivas e 60,8% refere que demora 2 a 5 minutos para executar escovagem. Contudo 36% nunca executa a escovagem à noite e 34,3% dos adolescentes referem que nunca utilizam fio dentário. No que se refere à observação da boca, a grande maioria (98,9%) dos adolescentes apresenta placa bacteriana e destes 63% apresentam-na em 2/3 da superfície dos dentes. 61,4% dos adolescentes não têm cáries, mas 34,9% dos adolescentes ainda têm dentes cariados.

**Conclusão:** Os resultados sugerem que os adolescentes apresentam deficientes práticas de higiene oral e conseqüentemente a maioria apresenta placa bacteriana e alguns adolescentes ainda têm dentes cariados.

<sup>1</sup> Serviço de urgência pediátrica do Hospital São Teotónio, Viseu.

<sup>2</sup> Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Coimbra.



## **ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**



## Avaliação da qualidade de vida em doentes oncológicos

Carlos Manuel Rodrigues Pontinha<sup>1</sup> & Anabela Almeida<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Doente oncológico.

**Introdução:** O cancro é uma doença crónica que representa grande morbilidade e mortalidade, sendo considerada uma das principais causas de morte em todo o mundo. Nos cuidados globais a prestar a estes doentes, dois objectivos principais devem ser procurados, a sobrevivência e a qualidade de vida.

**Material e Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, descritivo-exploratório, com uma amostragem não probabilística, por conveniência, constituída por 50 internados na Unidade de Oncologia Medica 4 do IPO-Porto entre Maio e Setembro de 2008. Foi utilizado um questionário, onde na primeira parte se efectuava a caracterização da amostra e a segunda parte era constituída por 2 questionários da European Organization for Research and Treatment of Câncer o QLQ -30) e o IN-PATSAT32.

**Resultados:** Analisados os dados sócio demográficos da nossa amostra verificamos que é composta por 54% de indivíduos do sexo masculino, a classe modal da idade situa-se entre os 51- 60anos, 80% dos indivíduos são casados, 64% são provenientes do meio rural, 42% da população tem apenas o 1o ciclo de escolaridade. Relativamente à situação profissional verificamos que 30% pertencem ao quadro de instituições e 24% estão desempregados. Quanto à caracterização clínica da amostra, existem 30% de indivíduos que possuem neoplasias a nível gastrointestinal e 26% neoplasias ginecológicas, verificou-se ainda que 18% dos inquiridos pensam sofrer de um quisto, infecção ou inflamação. Quanto aos tratamentos, 50% já efectuaram cirurgia e 54% estão a fazer quimioterapia. A análise dos cruzamentos entre as várias variáveis permitiu-nos identificar as variáveis que apresentam relações estatisticamente mais significativas si. Variáveis sócio demográficas: sexo e idade ( $p=0,000$ ); proveniência e habitações académicas ( $p=0,003$ ).

Variáveis clínicas: diagnóstico e tratamento cirúrgico, radioterapêutico e quimioterapêutico. Variáveis sócio demográficas e variáveis clínicas: sexo e diagnóstico,

---

<sup>1</sup> Unidade Local de Saúde da Guarda - Hospital Sousa Martins.

<sup>2</sup> Departamento de Gestão e Economia, Universidade da Beira Interior.

tratamento radioterapêutico e hormonal; Idade e diagnóstico; habilitações académicas e tratamento radioterapêutico e tratamento hormonal; situação laboral e que tipo de doença pensa que sofre e tratamento cirúrgico.

Variáveis sócio demográficas e QV: situação laboral e dificuldade em dar um pequeno passeio a pé, fora de casa e necessidade de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia; habilitações académicas e irritabilidade e cansaço; situação familiar e diarreia; verificamos que o sexo não apresenta relação com nenhuma variável de avaliação da QV.

Variáveis sócio demográficas e percepção de cuidados prestados: idade e frequência das visitas/consultas médicas e conforto e apoio prestados pelos enfermeiros; situação familiar e facilidade de localizar os diferentes serviços.

**Conclusões:** Os resultados do nosso estudo demonstram que, no âmbito da qualidade de vida dos doentes oncológicos, o funcionamento social representa a variável com pior índice de qualidade de vida (score-35,66). Relativamente à escala dos sintomas verificamos que as variáveis: fadiga, dor; insónia e perda de apetite e situação financeira são as que apresentam maior peso na redução da qualidade de vida dos doentes oncológicos. Verificamos também que os doentes têm uma melhor percepção de cuidados prestados relativamente aos cuidados de enfermagem, comparativamente com os cuidados médicos. As variáveis que apresentam piores níveis de avaliação são: acessibilidade/aceso, conforto e limpeza e o tempo de espera. De uma forma global, os doentes classificaram a saúde, e a qualidade de vida na última semana, como mediana e apresentaram uma boa satisfação sobre os cuidados prestados.

## Variáveis sócio familiares e sociais e adesão à terapêutica em doentes com coronáriopatia isquémica

Lopes, Luis Filipe Carvalho<sup>1</sup> & Gonçalves, Carla Sofia Pinto<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** Terapêutica, sócio familiar, social, coronáriopatia isquémica, adesão.

**Introdução:** Estudos epidemiológicos demonstram que as doenças cardiovasculares constituem uma importante causa de morbidade e mortalidade em vários países, na população adulta com mais de 30 anos. Neste contexto, propusemo-nos investigar a relação entre as variáveis sócio familiares e sociais e a adesão à terapêutica em doentes com coronáriopatia isquémica.

**Métodos:** Estudo transversal, analítico correlacional e quantitativo, desenvolvido no Distrito de Viseu numa amostra de 98 doentes com coronáriopatia isquémica, 60 homens e 38 mulheres ( $\bar{x}=62,4$  anos;  $s=12,7$ ).

**Material:** Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978); Escala de Apoio Social (Matos e Ferreira);

**Resultados:** 75,5% dos doentes com coronáriopatia isquémica possuem uma família altamente funcional, tendo os homens valores médios superiores ( $\bar{x}=7,95$ ;  $s=2,68$ ) aos apresentados pelas mulheres ( $\bar{x}=6,71$ ;  $s=3,32$ ). Quanto maior o apoio social maior é a adesão à terapêutica e os homens ( $\bar{x}=60,88$ ) revelam dispor de maior apoio social do que as mulheres ( $\bar{x}=55,71$ ), ( $p=0,025$ ). Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sócio familiares ( $t=-1,932$ ;  $p=0,058$ ) e sociais ( $t=-2,269$ ;  $p=0,025$ ) e a adesão à terapêutica, demonstrando que doentes com famílias funcionais e maior apoio social possuem uma maior adesão à terapêutica.

**Conclusões:** A adesão à terapêutica é directamente proporcional à funcionalidade familiar e ao apoio social, o que se traduz numa necessidade de consciencializar as estruturas sociais para a necessidade de apoio e suporte a estes doentes, que se traduzirá em melhorias na sua adesão à terapêutica.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Emergência Médica.

<sup>2</sup> CSP – Hospital Povisa – Vigo, Espanha.





## **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**



## Independência funcional e suporte social no doente com artroplastia da anca e joelho

Nelas, J.; Duarte, J.; Nelas, P.; Nelas, R.<sup>1</sup>

**Introdução:** A artrose provoca invalidez dolorosa progressiva, diminuindo as capacidades funcionais do indivíduo, ao acarretar alterações em todo o complexo articular. O grau de dependência assume formas diversas, de acordo com as características individuais, estado de saúde, etapas da vida e apoio social.

**Material:** Estudo descritivo, analítico, e transversal, realizado numa amostra de 100 doentes submetidos a artroplastia dos membros inferiores (48 sexo masculino e 52 do feminino) com uma média de idade de 68,16 anos. Foi nosso objectivo identificar se a independência funcional é determinante na percepção de suporte social do indivíduo submetido a implantes articulares dos membros inferiores.

**Métodos:** Utilizou-se um questionário para caracterização da amostra, a escala de suporte social (EIESS) de Paixão e Oliveira (1996) e o Índice de Katz (modificado de Katz, Downs, T.D., Cash et al. (2000).

**Resultados:** As correlações são em todos os factores fracas oscilando entre 0,014 no suporte financeiro e o 0,238 no suporte total, com relação inversa em todos os factores. Os valores de p revelam significância estatística para o suporte total ( $p=0,007$ ). Os coeficientes padronizados beta indicam que é o suporte total que apresenta maior peso preditivo com correlação inversa (-0,732).

**Conclusões:** O modelo actual de prestação de cuidados de saúde, organizado essencialmente no intuito de dar resposta aos episódios agudos de doença, parece-nos inadequado para responder às necessidades de saúde da população em envelhecimento. Torna-se pertinente englobar a família como cuidador formal, respondendo esta à necessidade de suporte manifestado.

---

<sup>1</sup> Hospital S. Teotónio de Viseu EPE; Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.



## Prevalência de lombalgias nos adolescentes do distrito de Viseu

Pereira, C., Chaves C, Tinoco C., Gonçalves C., Ferreira E., Santos H., Boloto J., Duarte L. & Santos S.<sup>1</sup>

**Introdução:** A prevalência de lombalgias nos adolescentes do distrito de Viseu, foi um tema que nos despertou bastante interesse, visto ser considerado, por muito autores um problema de saúde pública. Com a realização deste estudo, temos como objectivos quantificar a prevalência de lombalgias nos adolescentes dos 12 aos 18 anos, do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário de dez escolas deste distrito (n=2947) e determinar a influência da idade, do sexo, das habilitações literárias dos pais, do consumo de tabaco e do sedentarismo na ocorrência de lombalgias.

**Material:** Foi aplicado um questionário orientado para a caracterização sócio-demográfica, estilos de vida e ocorrência de lombalgias.

**Métodos:** estudo quantitativo, transversal, analítico e correlacional.

**Resultados:** Verificámos uma prevalência de lombalgias na nossa amostra de 31,9%. Encontrámos uma relação positiva entre: a idade, o sexo, o consumo de tabaco e a ocorrência de lombalgias. Averiguámos maior prevalência de lombalgias no sexo feminino (33,6%), em relação ao sexo masculino (29,9%) e maior prevalência nos fumadores (42,0%), em relação aos não fumadores (30,9%), enquanto que são os adolescentes com idade superior a 14 anos que apresentam maiores prevalências de lombalgias. Não encontrámos uma relação positiva entre o sedentarismo, as habilitações literárias dos pais e a ocorrência de lombalgias.

**Conclusões:** as lombalgias nos adolescentes deste distrito são um fenómeno comum, que poderão vir a ter repercussões na vida adulta dos mesmos.

---

<sup>1</sup> Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.



## Satisfação do doente com o tratamento da dor, determinantes sócio-demográficos e clínicos

Carlos Pontinha<sup>1</sup>, Graça Cunha<sup>2</sup>, Antonino Costa<sup>3</sup>, Carla Gomes<sup>4</sup>, Fátima Antunes<sup>5</sup>, Joel Cerveira<sup>6</sup>, José Silva<sup>7</sup>, Luís Afonso<sup>8</sup>, Pedro Antunes<sup>9</sup>, Carlos Albuquerque (Orientação)<sup>10</sup>

**Palavra-chave:** Dor, reabilitação, satisfação.

**Introdução:** A dor é um fenómeno complexo e engloba múltiplas dimensões: biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais. É assim um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Neste sentido, a satisfação dos doentes com o tratamento da dor é um forte indicador da qualidade dos serviços de saúde, permitindo responder às necessidades dos doentes e identificar oportunidades de melhoria da efectividade e qualidade assistencial.

**Objectivo Principal:** Identificar quais as variáveis sócio-demográficas e clínicas que mais influenciam a satisfação dos doentes, com o tratamento da dor.

**Metodologia:** Nesta pesquisa conceptualizámos um estudo quantitativo e transversal, seguindo uma via descritivo-correlacional, recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 144 indivíduos, na sua maioria mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos ( $x=54,89$ ;  $DP=18,33$ ), com diagnóstico de dor aguda e crónica, pertencentes às regiões centro e sul de Portugal. O instrumento de colheita de dados utilizado para a recolha de informação foi uma ficha de caracterização sócio-demografia e clínica e a Escala de Satisfação com o Tratamento da Dor (ESTD).

**Resultados:** Através da análise dos resultados, podemos concluir que não existe um efeito significativo entre a variável Satisfação com o Tratamento da Dor e as variáveis: local

---

<sup>1</sup> ULS-Guarda.

<sup>2</sup> ULS-Guarda.

<sup>3</sup> Hospital de Faro.

<sup>4</sup> Hospital de Aveiro.

<sup>5</sup> Hospital de Faro.

<sup>6</sup> Hospital de Anadia.

<sup>7</sup> Hospital de Cantanhede.

<sup>8</sup> ULS-Guarda.

<sup>9</sup> ULS-Guarda.

<sup>10</sup> ESSV.

de residência; programa de reabilitação; religião (apesar da existência de efeito significativo sobre a subescala “Características da Medicação” ( $p=0.015$ )); sexo (à exceção da dimensão “Efeitos Secundários da Medicação” ( $p=0.036$ )); situação clínica subjacente à origem da dor (à exceção das dimensões “Cuidados Médicos” ( $p=0.040$ ) e “Impacto da Medicação Actual” ( $p=0.031$ )). Por outro lado, verificámos a existência de um efeito estatisticamente significativo entre a Satisfação com Tratamento da Dor e as variáveis: idade (excepção feita sobre a subescala “Características da Medicação” ( $p=0.112$ )); situação laboral (ressalvando a subescala “Características da Medicação” ( $p=0.240$ )); rendimento mensal (nas dimensões: “Cuidados Médicos” ( $p=0.013$ ), subescala “Características da Medicação” ( $p=0.034$ ) e subescala “Eficácia” ( $p=0.017$ )); estado civil (nas dimensões “Cuidados Médicos” ( $p=0.019$ ) e na subescala “Eficácia” ( $p=0.012$ )); tipo de dor (à exceção das dimensões “Cuidados Médicos” ( $p=0.514$ ), “Impacto da Medicação Actual” ( $p=0.605$ ) e “Características da Medicação” ( $p=0.964$ )).

**Conclusão:** Este trabalho acrescenta uma nova dimensão para a monitorização da Satisfação do Doente com o Tratamento da Dor, e demonstra que há ainda muito para fazer de forma a que o Enfermeiro de Reabilitação planeie e execute programas específicos centrados no tratamento da dor e em simultâneo avalie a eficácia das suas intervenções.



## **ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA**



## Consentimento informado na saúde reprodutiva da mulher

Batista, Bruno; Figueiredo, Madalena; Loureiro, Maria Alice; Loureiro, Paula; Pais, Ricardo & Rocha, Sónia

**Introdução:** A Saúde Reprodutiva da Mulher constitui um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas das mulheres, ao longo do seu ciclo fértil (DGS, 2008). Compete ao profissional de saúde capacitar a mulher para se tornar apta a decidir por si, com base na informação e recursos disponíveis obtendo um controlo consciente sobre a sua vida reprodutiva. Neste sentido, o consentimento informado e a vontade séria, livre e esclarecida de quem o consente, faz todo o sentido na abordagem de alguns métodos contraceptivos como o dispositivo intra-uterino, dispositivo intra-uterino com levonogestrel e implante contraceptivo, pela sua técnica, riscos e especificidades.

**Material e Métodos:** Revela-se de grande importância reflectir sobre a prática do consentimento informado na Saúde Reprodutiva da mulher. Interrogamo-nos sobre algumas questões: Será que a decisão da mulher corresponde a um acto voluntário? Será que a mulher compreendeu a informação prestada? Será que ela está informada dos benefícios e efeitos secundários do tratamento? Será que nos casos da mulher não ser competente para decidir se respeita a sua vontade e o seu interesse? A partir do estudo e reflexão desta temática propomos definir normas e critérios a serem implementados no âmbito dos processos de certificação de qualidade dos cuidados de saúde primários.

**Resultados e Discussão:** Contextualização da realidade dos contextos de trabalho.

**Conclusões:** Como conclusões realçamos que o consentimento informado é um direito do utente e um dever moral e legal do profissional de saúde. Só será eficaz quando estiver assegurado o direito à autodeterminação, ou seja, quando for respeitada a capacidade e autonomia que os doentes têm de decidir sobre si. Cabe ao utente poder decidir se prefere manter-se no estado de saúde em que se apresenta, ou submeter-se a tratamento relativamente perigoso.

**Palavras-chave:** Consentimento Informado, Autonomia, Saúde Reprodutiva da Mulher.



## **Sida no feminino – da percepção da doença às vivências da sexualidade, gravidez e maternidade.**

Maria Teresa Araújo<sup>1</sup>

**Resumo:** As mulheres com infecção pelo VIH enfrentam graves dificuldades de adaptação à doença que emergem da necessidade de redefinir o projecto de vida.

Este trabalho tem como objectivo analisar a percepção da doença na mulher com infecção pelo VIH e o seu percurso nos domínios da sexualidade, da contraceção e da gravidez, após a confirmação do diagnóstico. Trata-se de um estudo descritivo, que incidu numa amostra de conveniência constituída por 44 mulheres com infecção pelo VIH, sem critérios de SIDA.

A colheita de dados teve como suporte à entrevista estruturada três questionários: Caracterização da Amostra; Conhecimentos e Atitudes nos Domínios da Sexualidade e Planeamento Familiar; Percepção da Doença (The Revised Illness Perception Questionnaire - IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002). Os resultados sugerem que a maioria das mulheres percebe a infecção pelo VIH/SIDA como uma doença crónica, imprevisível e com graves consequências. A maioria das mulheres não associa a doença a comportamentos de risco.

À semelhança de outros estudos, verificamos que a maioria das mulheres mantém actividade sexual regular após o diagnóstico e que existem factores que condicionam comportamentos e tomadas de decisão nos domínios da sexualidade, contraceção e gravidez, nomeadamente o consumo de drogas, a intenção de ter filhos e o uso de contraceção. Algumas mulheres ficam grávidas em contexto de infecção pelo VIH e o conhecimento sobre transmissão vertical e o estado serológico do parceiro sexual parecem não influenciar as decisões sobre a gravidez e a intenção de ter filhos. O diagnóstico teve implicações negativas na vida de todas as mulheres: na aceitação da própria doença, na relação com o companheiro e com os filhos e, sobretudo, na manutenção do segredo do diagnóstico, devido ao estigma associado à SIDA e ao medo da discriminação.

---

<sup>1</sup> Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde De Viana do Castelo.



## **ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**





## Ansiedade nos estudantes do Ensino Superior

Carla Maria Viegas e Melo Cruz<sup>1</sup>, José Pinto<sup>2</sup>, Mariline Almeida<sup>3</sup> & Soraia Aleluia<sup>3</sup>

**Introdução:** A ansiedade é uma experiência emocional em função da previsão de situações futuras ou em presença de situações consideradas como desagradáveis para o indivíduo. Ao longo do percurso académico o estudante é confrontado com situações geradoras de pressão psicológica e ansiedade. Como estudantes do Ensino Superior, decidimos avaliar o nível de Ansiedade dos estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem e Identificar algumas variáveis que influenciam o comportamento ansioso.

**Material:** Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1985); Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE (Spielberg et al, 1970), traduzido e validado por (Biaggio e Natalício, 1979).

**Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, retrospectivo. A amostra é constituída por 107 estudantes, com idades compreendidas entre os 20 e 26 anos, do 4º ano da Escola Superior de Saúde de Viseu.

**Resultados:** Os scores de IDATE variam entre 21 e 80 ( $\chi = 41.7$ ;  $s = 11.9$ ) para a ansiedade - estado e entre 23 e 65 ( $\chi = 40.8$ ;  $s = 9.8$ ) para a ansiedade – traço. O auto conceito associou-se com a Ansiedade (A-Estado:  $r = 0.375$   $p = 0.000$  e A-Traço:  $r = 0.425$   $p = 0.000$ ) inferindo-se que quanto menor o auto conceito maior é a ansiedade. Considerou-se a existência de uma associação significativa entre ansiedade e apresentação oral de trabalhos; dias anteriores a frequência; dia da frequência e duração de ensinos clínicos. A associação entre expectativas futuras e ansiedade revelou-se significativa no que concerne: exercer a profissão logo após a finalização do curso; o curso possibilitar a realização profissional e por fim concretizar os objectivos a curto prazo.

**Conclusões:** O estudo permitiu concluir que 52.3% dos estudantes de Enfermagem se encontram no nível II de ansiedade (moderado), tanto para a ansiedade – estado como para a ansiedade – traço e 27.1% no nível I (baixo) e possuem valores de auto-conceito, superiores à média (76.0).

**Palavras-Chave:** Ansiedade; Estudantes; Auto-conceito; Ensino Superior

<sup>1</sup> Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Viseu.

<sup>2</sup> Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem Escola Superior de Saúde de Viseu.

<sup>3</sup> Licenciada em Enfermagem Escola Superior de Saúde de Viseu.



## Consentimento informado em maiores incapazes: realidade portuguesa

Figueiredo, Graciete; Pais, Isabel; Ramos, Sónia; Santos, Isabel; Simões, Margarida<sup>1</sup>

**Introdução:** A figura do consentimento informado foi pensada para garantir direitos, liberdade e garantias das pessoas, e constitui um marco e um desenvolvimento importante para o sistema de saúde. É do conhecimento geral, que a obtenção do consentimento informado apresenta várias limitações, nomeadamente a existência de doentes com limitações na capacidade de compreensão, de escolha e decisão, concretamente, os idosos. A capacidade para consentir é um dos pilares do consentimento informado. Se o doente tiver capacidade de entendimento e discernimento para tomar decisões relativas ao tratamento proposto, deve ser ele e apenas ele, o titular do direito a ser esclarecido e a consentir. Todavia, nem sempre o doente tem essa capacidade, pelo que se torna necessário lidar com as situações de incapacidade. É neste contexto que surge a temática “Consentimento informado em maiores incapazes: que realidade...”. Quando o doente se encontra por qualquer razão incapacitado de facto para perceber a informação que lhe é transmitida e tomar a sua decisão, o que fazer? A quem recorre?

**Objectivos:** destacar a importância deste tema e contextualizar a realidade actual.

**Material e Método:** pesquisa bibliográfica baseada em estudos realizados.

**Resultados:** contextualização da realidade portuguesa.

**Conclusões:** o problema da representação dos maiores incapazes para tomar uma decisão médica, é dos mais delicados em toda a doutrina do consentimento informado e, carece de urgente regulamentação legal, no sentido de melhorar/aperfeiçoar as lacunas existentes. A própria lei de Bases da Saúde afirma que a lei deve definir as condições em que representantes legais de incapazes podem exercer os direitos destes. Constatamos também, que os profissionais de saúde embora possuam conhecimentos teóricos sobre a temática não estão sensibilizados para a sua aplicação prática em todo o seu sentido.

**Palavras-chave:** consentimento informado; maiores incapazes; ética; legislação.

---

<sup>1</sup> Estudantes do 1º CPLEEC – ESSV.



## Crenças e mitos em relação ao consumo do álcool numa população adulta do meio rural

Chaves, C.<sup>1</sup>; Braz, M.<sup>2</sup>; Cunha, M.<sup>1</sup>; Ferreira, A.<sup>1</sup>; Conde, I.<sup>1</sup>; Batista M.<sup>1</sup> & Lima T.<sup>1</sup>

**Introdução:** Visto a modelagem ser um factor facilitador do início da ingestão de bebidas alcoólicas, é pertinente alargar esta visão aos profissionais de saúde, pois estes têm co-responsabilidade de transmitir hábitos e estilos de vida saudáveis.

**Material:** utilizámos um instrumento de colheita de dados sob a forma de questionário.

**Métodos:** estudo quantitativo, descritivo e transversal. Com uma amostra constituída por 221 utentes maiores de 18 anos, da região de Lafões, com uma média de idades de aproximadamente 45 anos, sendo constituída por 162 utentes do género feminino e 59 do género masculino, que habitam maioritariamente na aldeia (73.30%).

**Resultados:** O consumo de bebidas alcoólicas foi referido por aproximadamente um quarto dos inquiridos, predominando no género masculino. O primeiro contacto com o álcool foi na adolescência, cujas razões principais para o mesmo foram os factores socioculturais e os de modelagem. Sendo que neste último, os homens demonstraram maior percentagem, sugerindo que estes sofrem mais influência dos modelos que os rodeiam. O local de consumo é preferencialmente em casa e as bebidas mais consumidas são o vinho e a cerveja. A quantidade diária de ingestão de vinho em ambos os géneros é superior à recomendada. Constatou-se também que as bebidas alcoólicas são ingeridas principalmente às refeições.

**Conclusões.** Em relação aos conhecimentos sobre o álcool, verificaram-se lacunas e défices de conhecimento a vários níveis. No que respeita às opiniões acerca da pessoa alcoólica, os inquiridos tendem a minimizar os efeitos do alcoolismo agudo e a associar a pessoa alcoólica ao alcoolismo crónico.

---

<sup>1</sup> Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.

<sup>2</sup> ACES Dão Lafões II.



## Funcionalidade familiar e depressão vs. Saúde mental dos adolescentes

Cunha, M<sup>1</sup>; Duarte, J.<sup>1</sup>, Pereira, C.<sup>1</sup>; 1º CLE -ESEV<sup>1</sup> & 3º CEMMC-UCP<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** adolescentes, saúde mental, depressão, funcionalidade familiar

**Resumo:** Para o desenvolvimento harmonioso do adolescente implica assegurar meios que possam expor as suas competências físicas, mentais e sociais, de modo a lidar com eventuais dificuldades e assegurando, desta forma, a sua saúde mental (Duarte, Cunha & Pereira, 2003). Assim, considerou-se pertinente avaliar a saúde mental dos adolescentes e analisar em que medida o sexo, a depressão e a funcionalidade familiar influenciam a saúde mental dos adolescentes.

Desenvolveu-se um estudo descritivo e transversal realizado numa amostra de conveniência constituída por 1198 adolescentes, (41.5% de rapazes e 58.5% de raparigas), com idades compreendidas entre os 15 e 18 anos (média de idades = 16.79 anos) que frequentavam o ensino secundário no distrito de Viseu.

Na colheita dos dados utilizou-se os seguintes instrumentos: Questionário biográfico e académico; Beck Depression Inventory (B-BDI-II); Escala de Rastreo de Saúde Mental de Pio de Abreu (ER80); Escala de Apegar Familiar (Smilkstein, Ashworth e Montano, 1978).

A maioria dos adolescentes (84.6%) pontuou com bons índices de saúde mental, observando-se resultados idênticos nos rapazes (92.8%) e nas raparigas (78.9%). Por outro lado, os baixos níveis de saúde mental verificaram-se apenas em 15,4% dos adolescentes. Denota-se um distanciamento entre o sexo feminino (21.2%) e o masculino (7.2%), manifestando as raparigas pior saúde mental, ( $\chi^2 = 43,031$ ;  $p = .000$ ).

Os resultados sugerem que os adolescentes do sexo feminino, inseridos em famílias disfuncionais e com sintomatologia depressiva apresentam piores índices de saúde mental, justificando que nas consultas aos adolescentes se despiste a presença desta patologia.

---

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu.





## Motivações e efeitos do consumo de álcool em estudantes do ensino superior

Ana Patrícia Sousa Ferreira<sup>1</sup>, Anabela Pereira<sup>1</sup> & Carlos Albuquerque<sup>2</sup>

**Palavras Chave:** Álcool, Motivações, Estudantes, Educação para a Saúde

**Introdução:** O consumo de álcool constitui um problema actual de saúde pública, uma vez que, no contexto da vivência académica, leva a determinados comportamentos de risco, nomeadamente relações sexuais desprotegidas, conflitos, consumo de outras drogas e insucesso escolar. Este estudo teve como objectivos determinar as motivações para o consumo de bebidas alcoólicas, bem como conhecer as consequências académicas e comportamentais associadas ao consumo de bebidas alcoólicas por jovens em contexto universitário.

**Método:** Num estudo transversal, de natureza quantitativa, temos trabalhado com uma amostra de 354 alunos (61.60% mulheres), com idades compreendidas entre os 18 e 35 (M = 20,86 anos; Dp = 3,52).

**Resultados:** Constatou-se um consumo diário de bebidas alcoólicas em 28,6% dos estudantes. As motivações descritas como estando associadas ao consumo de bebidas alcoólicas são: para ficar alegre (24,0%); para desinibir (18,7%), para esquecer os problemas do dia a dia (13,3%), porque lhe dá prazer (25,7%), para acalmar (7,4%), para se relacionar com os outros que também bebem (7,9%), porque sente falta da família ou amigos (6,8%), para esquecer problemas/zangas com o namorado ou amigos (5,9%). As consequências mais marcantes associadas ao consumo de bebidas alcoólicas são: vão para as aulas sem dormir (8,6%), faltam com frequência às aulas (8,3%), têm relações sexuais desprotegidas após terem ingerido álcool (2,4%), têm maus resultados académicos (3,2%), ficam embriagados vários dias seguidos (6,4%), ficam deprimidos no dia seguinte (6,8%), procuram evitar amigos e família (3,5%), e metem-se em conflitos (2,6%)

**Conclusões:** As evidências aqui apresentadas fundamentam orientações preventivas e de promoção da saúde em contexto universitário. Os motivos que justificam o consumo de bebidas alcoólicas, referidos pelos jovens em geral, revelam uma forte componente

---

<sup>1</sup> Universidade de Aveiro.

<sup>2</sup> Instituto Politécnico de Viseu. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde.

sociocultural e antropológica. Para além disso, a presente investigação permitiu verificar que há uma forte correlação entre festas académica e consumo de álcool, sendo este um importante ponto de partida ao nível da prevenção. Neste contexto, é necessário efectivamente desenvolver uma acção preventiva que vise a informação/formação dos jovens, habilitando-os a tomar decisões conscientes, no sentido de evitar consumos de risco.

## **Pais e professores – uma parceria de sucesso no desenvolvimento de competências de uma criança autista**

Cruz, Carla Maria Viegas e Melo; Pereira, Cátia Susana Maravilha; Ferreira, Crisálida Jesus; Santos, Hugo Manuel Correia dos & Ribeiro, Mariana Isabel da Silva

**Introdução:** O autismo revela-se, a nível social, através de disfunções na relação comunicacional. A nível individual, através de perturbações afectivas e do jogo imaginativo e na realização de um número de actividades restritas e repetitivas, repercutindo-se no desempenho da criança autista em meio escolar. Nesse sentido, procurámos conhecer o desempenho escolar de uma criança autista inserida no ensino regular, e a relação de proximidade entre os pais e professores.

**Métodos:** Estudo de caso, qualitativo, com características fenomenológicas e inscrito no paradigma construtivista, numa amostra de 27 pessoas.

**Material:** Programa Informático Qualitative Solutions and Research, Non-Numerical Unstructured Data (QSR NUD\*IST); Entrevistas aplicadas à amostra em estudo.

**Objectivos:** Perceber de que modo a perturbação autista afecta o desempenho escolar da criança; Contribuir para a desmistificação desta patologia, promovendo uma integração plena da criança autista no ensino regular; Provar que a colaboração pais / professores é primordial no desenvolvimento de competências da criança;

**Resultados:** A interacção social é a área mais afectada nesta criança, notando-se dificuldades no seu envolvimento em brincadeiras; A metodologia de ensino é igual à dos colegas, conseguindo a criança acompanhar o programa escolar estabelecido; O acompanhamento dos pais e professores é notório em todo o percurso educativo da criança.

**Conclusões:** Apesar das dificuldades manifestadas, o desempenho escolar desta criança é igual ou superior ao dos colegas, segundo as afirmações do professor e do pai: “Aproveitamento muito bom. A avaliação é igual à dos outros colegas, sendo o plano de estudos igual”. Consideramos com base nos resultados do estudo que, quer como em outras perturbações psicopatológicas, face ao diagnóstico não podemos tecer generalizações. O envolvimento afectivo e acompanhamento especializado, são aspectos de importância maior no desenvolvimento e prognóstico das perturbações mentais. Existem no indivíduo competências que devem ser identificadas e potencializadas, visando um maior nível de autonomia e satisfação pessoal.

**Palavras-Chave:** Autismo; Competências; Meio escolar; Pais e Professor.



**ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA, FAMILIAR E  
COMUNITÁRIA**



## Cuidados aos Idosos no domicílio: necessidades sentidas pelos familiares cuidadores

Alexandra da Costa Nunes Correia Garcia<sup>1</sup>, Elisabete Pereira Rodrigues Vieira<sup>1</sup>, Maria Teresa Sousa Almeida<sup>1</sup>

**Palavras-chave:** idoso, domicílio, familiar cuidador, cuidar

**Resumo:** Segundo dados dos Censos de 2001, a pirâmide etária, que tinha a configuração de um triângulo, deu lugar à configuração de uma ‘urna’, com uma base estreita de jovens e um topo alargado de idosos.

As pessoas idosas constituem um grupo etário muito vulnerável, grande consumidor de cuidados de saúde. Para além de patologias múltiplas, que as afectam, são portadoras de dependências que poderão prejudicar, não só a sua autonomia, mas também, a disponibilidade e capacidade do familiar cuidador, em garantir com dignidade, os cuidados necessários ao seu bem-estar e qualidade de vida.

Neste contexto, optámos por realizar uma pesquisa qualitativa que permitiu: conhecer as necessidades sentidas pelos familiares cuidadores de idosos totalmente dependentes, em contexto domiciliário; e identificar o contributo do enfermeiro de cuidados de saúde primários, na satisfação das necessidades sentidas por esses familiares.

Recorremos à entrevista semi-estruturada como método de recolha de dados do fenómeno em estudo.

Após o processo de análise de conteúdo, concluímos, que as necessidades sentidas pelos familiares cuidadores são essencialmente: existência de pausas nos cuidados, isto é, descanso; necessidade de conselhos e informação; troca de experiências com outras pessoas (amigos e vizinhos) na mesma situação; melhor apoio ao domicílio, por parte da equipa de saúde; apoio financeiro; e necessidade de material técnico.

A enfermagem pode ser realizada, tratando-se e cuidando-se, preservando a integridade e auto-estima da pessoa idosa...

---

<sup>1</sup> Licenciada em Enfermagem/Especialista em Saúde Comunitária.





## Educação para a saúde e sida nos cuidados de saúde primários do distrito de Viseu

Chaves, C.;<sup>1</sup> Saraiva da Cunha, G.<sup>2</sup>; Dionísio, R.<sup>3</sup>; Duarte, J.<sup>1</sup>; Ferreira, M.<sup>1</sup>; Martins R.<sup>1</sup> & Pereira, A.<sup>4</sup>

**Introdução:** Entre múltiplos problemas que hoje afectam o utente infectado pelo VIH/sida emerge uma questão de fundo relacionada com a sua interacção com os serviços de saúde primários. Foi nosso desejo podermos, de alguma forma, contribuir para a consciencialização sobre o potencial dos profissionais de saúde, como agentes educativos, no âmbito da educação para a saúde na área da SIDA.

**Material:** construção da “Escala da Educação para a Saúde” que, foi utilizada para medir a variável central. O estudo baseou-se nos dados colhidos através da aplicação de questionários. Apontam-se, alguns factores (sócio-demográficos, profissionais, cognitivos e psicológicos) que, de forma diferenciada, afectam a educação para a saúde na área da SIDA.

**Métodos:** A investigação realizada foi de tipo quantitativo (descritivo e correlacional), a 190 profissionais de saúde (143 enfermeiros e 47 médicos) de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 22 e 66 anos, a exercer funções nos Centros do distrito de Viseu.

**Resultados:** Dos resultados salienta-se a confirmação empírica da estrutura multidimensional da prática da educação para a saúde, atestando a complexidade e a abrangência da educação para a saúde no âmbito da SIDA. Por sua vez, os resultados indicam esta actividade como uma experiência subjectiva, não sendo exclusivamente explicada pelas atitudes e comportamentos perante a SIDA. As variáveis de atributo sexo e nível sócio-económico, assim como as variáveis de caracterização profissional, tempo de exercício, vínculo e categoria profissional e ainda as variáveis cognitivas, formação e informação sobre SIDA, não se evidenciaram como relevantes, tendo sido preditoras da educação para a saúde a idade e o auto-conceito no total.

**Conclusões:** Os resultados apontam, assim, a complexidade da prática da educação para a saúde no âmbito da SIDA, devendo as variáveis acima referidas ser tomadas em consideração para uma prática mais intencional e eficaz.

---

<sup>1</sup> Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.

<sup>2</sup> Universidade de Coimbra.

<sup>3</sup> ACES Dão Lafões II.

<sup>4</sup> Universidade de Aveiro.



## Envelhecimento e coping familiar

Andrade, A.<sup>1</sup>; Houart, J.<sup>2</sup>; Martins R.<sup>1</sup>; Albuquerque, C.<sup>1</sup> & Cunha, M.<sup>1</sup>

**Introdução:** O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações a diversos níveis. O termo coping refere-se “às estratégias que são utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de stress”(VAZ SERRA, 2002). No idoso podemos afirmar que é a maneira como ele lida com os seus problemas ou a utilização de um conjunto de estratégias para se adaptar a determinadas situações causadoras de stress. Neste sentido e de acordo com a literatura podemos afirmar que o coping familiar constitui um pilar importante na promoção da qualidade de vida dos idosos.

**Objectivos:** Analisar a relação entre os factores do coping familiar e a qualidade de vida dos idosos.

**Métodos:** Estudo transversal, realizado numa amostra de 210 idosos do concelho de Tondela, com idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos (média= 72,91 anos; Dp= 6,095).

**Instrumentos de Medida:** Grelha de avaliação da qualidade de vida; Escala de avaliação pessoal orientada para a crise familiar – coping familiar (Escala F-COPES).

**Resultados:** As estratégias externas de coping familiar são as que apresentam médias mais elevadas em ambos os sexos ( = 60,17). Os factores de coping “Reenquadramento” e “Mobilização familiar para adquirir e aceitar ajuda” influenciam a qualidade de vida dos idosos [ $r= 0,263$ ;  $p = 0,000$ ] e [ $r= -0,112$ ;  $p = 0,044$ ].

**Conclusões:** A família deve ser apreciada como o lugar essencial para partilhar experiências, resolver conflitos ou situações de crise e por tal motivo impõe-se considerá-la quando se planeiam acções de promoção da qualidade de vida dos idosos.

O factor do coping familiar “Mobilização familiar para adquirir e aceitar ajuda” revelou-se preditor da qualidade de vida dos idosos.

**Palavras Chave:** Qualidade de vida; Envelhecimento; Coping familiar.

<sup>1</sup> CI&DETS, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.

<sup>2</sup> Departamento de Antropologia da Universidade de Coimbra.



## **ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM**



## **Determinantes na atitude dos enfermeiros face aos sistemas de informação em enfermagem informatizados baseados na classificação internacional para a prática de enfermagem.**

Alice Paula da Cunha<sup>1</sup>

**Objectivo:** Identificar os determinantes na atitude dos enfermeiros face aos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) informatizados baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Método: Estudo com recurso ao método de triangulação (quantitativo/qualitativo) aplicado a 164 enfermeiros de cinco hospitais portugueses. Tendo em conta o objectivo norteador do estudo, construímos uma escala que submetemos a testes psicométricos para validação interna.

**Resultados:** Dos resultados sobressai uma atitude favorável dos enfermeiros face aos SIE em estudo, influenciada pela percepção dos processos de mudança nas organizações, pelo tempo de experiência com os SIE, pela formação de base, pelo grau de formação sobre CIPE, pela categoria profissional e pelo local de trabalho dos inquiridos. Conclusão: Pensamos que este estudo possa contribuir com informação útil para o planeamento da implementação dos SIE informatizados nas organizações de saúde de forma a tornar o processo de mudança mais perceptível pelos utilizadores e a conseguir um maior envolvimento dos profissionais nesse processo de mudança. Pensamos ainda, que tal situação possa permitir às organizações enfrentar um menor nível de resistência por parte dos profissionais e indirectamente, possa ajudar a criar ou melhorar uma cultura de mudança no seio da equipa, necessária à mudança bem sucedida.

**Palavras-Chave:** Sistemas de Informação em Enfermagem, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Mudança Organizacional.

---

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Hospitais da Universidade de Coimbra.





## Qualidade de vida e a incidência do síndrome de burnout dos enfermeiros que trabalham por turnos

Ribeiro, O.<sup>1</sup>; Cunha, M.<sup>1</sup> & Alunos do 9º CCFE<sup>1</sup>

**Introdução:** O exercício da enfermagem acarreta riscos derivados das funções que desempenha, de factores ambientais e condições de trabalho. O trabalho por turnos é um factor de risco ocupacional, desregulando o ritmo biológico e forçando o organismo a adaptações contínuas com o conseqüente desgaste físico e emocional, podendo levar a situações de exaustão – Síndrome de Burnout, que interferem na qualidade de vida (QDV) dos enfermeiros.

**Métodos:** Estudo transversal e descritivo numa amostra de 310 Enfermeiros que trabalha por turnos em quatro hospitais da região centro, sendo 241 mulheres e 69 homens, com uma média de idades de 31,23 anos (Min= 22; Máx=58 anos) e tempo de serviço médio de 8,18 anos (Min=1 ano e Máx =35 anos).

**Material:** Escala WHOQOL – Abreviado (Versão Portuguesa de Fleck, Vaz Serra – Grupo de Estudos para a QDV 1998); Questionário de perfil socio-demográfico, aspectos pessoais e ocupacionais; Questionário Maslach Burnout Inventory (MBI) (MBI-Human Services Survey, 1986)

**Resultados:** A média obtida nos quatro domínios da QDV situa-se entre 11.90 no domínio social e 28,47 no domínio do meio ambiente. Os enfermeiros pontuam com melhor QDV, do que as enfermeiras, em todos os domínios. Os enfermeiros de 41-50 anos possuem melhor QDV em todos os domínios excepto para as relações sociais, na qual os mais novos ( $\leq 30$  anos) pontuam melhor, embora sem diferenças estatisticamente significativas. A QDV aumenta com o tempo de serviço no Hospital em todas os domínios. No entanto apenas existe relação significativa para os domínios físicos ( $r=0.119;p=0.036$ ) e meio ambiente( $r=0.145;p=0.010$ ). A QDV aumenta com o tempo de serviço por turnos em todas os domínios. No entanto apenas existe relação significativa para o domínio físico ( $r=0.115;p=0.044$ ). O nível de Burnout dos enfermeiros enquadra-se no nível médio, em cada

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu.

uma das dimensões de acordo com os dados normativos (MBI)- (Exaustão Emocional  $\bar{x}$ =24.27; Despersonalização  $\bar{x}$ =7.17 ; Realização Pessoal  $\bar{x}$ =33.74

**Discussão:** Os enfermeiros apresentam melhor Qualidade de Vida do que as enfermeiras (sem significância estatística), resultados concordantes com Jesus et all (2004) que também encontraram melhor Qualidade de Vida no sexo masculino (em termos de expressividade). Os enfermeiros de 41 a 50 anos possuem em média melhor Qualidade de Vida, excepto no domínio de relação social (sem significância estatística), onde os enfermeiros com idade  $\leq 30$  anos revelam melhor Qualidade de Vida , o que vai de encontro aos resultados obtidos por Cunha Nunes (1999) e Veroff, Douvan & Kulka (1981) cit. in Apóstolo (2000) que enfatizam ser difícil saber se a Qualidade de Vida melhora com a idade ou se as pessoas mais velhas se adaptaram com o tempo. O Tempo de Serviço por Turnos associou-se de forma significativa com a Qualidade de Vida no domínio físico e meio ambiente, inferindo-se que os enfermeiros que trabalham há mais tempo têm melhor Qualidade de Vida nestes domínios. Estes resultados vão parcialmente de encontro aos estudos realizados por Terra (2003) e Calderon (2004) que obtiveram melhores resultados de Qualidade de Vida em todos os domínios nos indivíduos com mais tempo de serviço. No Síndrome de Burnout verificou-se uma associação negativa, quando relacionado com a Qualidade de Vida, em todas as dimensões excepto na dimensão pessoal. Para Maslach e Leiter (1997) a Qualidade de Vida dos enfermeiros diminui quando aumenta o Síndrome de Burnout, o mesmo se pode verificar no nosso estudo excepto em relação à dimensão realização pessoal em que a Qualidade de Vida aumenta com Síndrome de Burnout.

**Conclusão:** Os efeitos do trabalho por turnos são complexos e multifacetados, podendo repercutir-se na Qualidade de Vida do enfermeiro. Pelo presente estudo inferiu-se que a Qualidade de Vida dos enfermeiros que trabalham por turnos é mais elevada nos mais velhos e nos que trabalham há mais tempo. A Qualidade de Vida associou-se negativamente com o Síndrome de Burnout nas dimensões “exaustão emocional” e “despersonalização” e positivamente com a dimensão “realização pessoal”, inferindo-se que os enfermeiros que pontuam com baixo nível de Burnout estão mais satisfeitos com a sua Qualidade de Vida.

#### **Bibliografia:**

Apóstolo, J. L. A. (2000)- Bem-Estar subjectivo ou psicológico. Boletim da Biblioteca do Hospital Sobral Cid – Coimbra; Hospital Sobral Cid; Semestral nº 1 (Janeiro/Junho de 2000), P. 17-25.

- Calderon, B. R. (2004) – Trabalho noturno: implicações para a saúde do trabalhador em enfermagem em uma unidade de tratamento intensivo (UTI) de um hospital geral de Porto Alegre. Disponível em [http://www.pucrs.br/faenfi/producao\\_cientifica/tcc\\_enf\\_2003.htm](http://www.pucrs.br/faenfi/producao_cientifica/tcc_enf_2003.htm).
- Cunha-Nunes, M. M. J. (1999) – Qualidade de vida dos Diabéticos Insulinotratados: Influência das variáveis Psicossociais. Dissertação de Mestrado. Instituto Miguel Torga. Coimbra.
- Jesus, C.J.M. et al (2004) - Qualidade de Vida dos Trabalhadores por Turnos. Escola superior de Enfermagem de Viseu, Instituto Superior Politécnico de Viseu. Viseu
- Maslach, C. e Leiter, M. (1997) - The Truth about Burnout – how organizations cause personal stress and what to do about it. S. Francisco: Josey-Bass Publishers.
- Terra, F. S. (2003) - A jornada de trabalho noturna: implicações na saúde do trabalhador de enfermagem. Disponível em <http://www.usp.br/siicusp/ficha322.htm>.



## Satisfação do utente/qualidade dos cuidados

Cunha, Maria da Graça<sup>165</sup>

**Introdução:** A dor é uma das principais causas de incapacidade física e funcional, afectando negativamente a qualidade de vida e contribuindo para o aumento dos custos em saúde. O grau de satisfação do doente com dor é identificado como um indicador pessoal da efectividade e da qualidade dos cuidados de saúde prestados, permitindo avaliar a adequação dos mesmos às expectativas do doente.

**Objectivo:** Avaliar a satisfação dos utentes com a informação fornecida relacionada, com a dor crónica.

**Método:** Um questionário foi aplicado a cinquenta utentes, do Hospital Sousa Martins, com diagnóstico de dor crónica. Os participantes foram questionados sobre intensidade da dor, e também sobre a sua satisfação com as informações fornecidas. A intensidade da dor foi avaliada recorrendo a uma escala de faces graduada de 0 (sem dor) a 5 (pior dor possível), e a satisfação foi avaliada recorrendo a escala graduada de 1 (muito insatisfeito) a 5 (muito satisfeito).

**Resultados:** Quarenta e quatro utentes (88% da amostra) referiram sentir dor com intensidades desde 1 a 5, e seis pacientes (12% da amostra) não relataram dor. Entre 60% a 74% da totalidade da amostra relata insatisfação com as informações fornecidas (Figura 2): sobre a sua doença ou lesão (média 2,30, desvio std 0.647); sobre a causa da sua dor (média 2,12, desvio std 0.718); sobre as opções de tratamento para a dor (média 2,06, desvio std 0.818), e com as informações sobre os efeitos secundários dos medicamentos para a dor (média 1,90, desvio std 0.789) (Figura 3).

**Conclusões:** A satisfação é um parâmetro complexo e multidimensional. A satisfação do utente, enquanto medida pessoal da adequação dos cuidados às expectativas representa um bom indicador da qualidade e efectividade dos cuidados de saúde prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria, e representa uma ferramenta fundamental de apoio á gestão dos cuidados de saúde.

---

<sup>165</sup> ULS-Guarda, Sousa Martins Hospital EPE, Guarda.

