

Jornadas Internacionais de
Enfermagem Comunitária 2016

Livro de Comunicações

Ficha técnica

TÍTULO

Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016

Livro de Comunicações

ORGANIZADORES

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

EDIÇÃO

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

DESIGN & PAGINAÇÃO

ESEP • Gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação

ISBN

978-989-20-8152-6

Porto • 2017

Índice

▶ Editorial	4
▶ A autoeficácia do familiar cuidador	5
▶ Promover a autonomia no autocuidado – recursos	12
▶ Atitudes de estudantes de enfermagem finalistas sobre o envelhecimento	19
▶ Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados	26
▶ Novo modelo de gestão nas unidades de saúde familiar e o seu impacto na prática: percepção dos enfermeiros	35
▶ O que pensam e o que sabem os adolescentes do 8.º e 10.º de escolaridade sobre educação sexual na escola	41
▶ As práticas dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na avaliação familiar: contributos do processo formativo sobre o MDAIF	50
▶ Presentismo: trabalho completado e distração evitada em enfermeiros	55
▶ Prevenção da obesidade: do diagnóstico à intervenção de Enfermagem Comunitária	62
▶ Resiliência e burnout em trabalhadores de enfermagem	70
▶ Satisfação no trabalho dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários	76
▶ Imunização contra o vírus do papiloma humano no sexo masculino: percepções dos pais	83
▶ Programa de intervenção comunitária “Viver melhor a escola”	89
▶ Formulário de avaliação da dependência no autocuidado	96

Editorial

Margarida Abreu

Coordenadora das Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária; Escola Superior de Enfermagem do Porto - Professora coordenadora (mabreu@esenf.pt)

As Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária foram promovidas pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, no âmbito dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização e de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Colaboraram na organização 12 docentes que lecionam nestes cursos e que procuram responder aos desafios da sociedade, visando promover uma reflexão sobre as causas, o desenvolvimento e as consequências de fenómenos com profundo impacto na saúde pública.

Ao longo do tempo em que toda a equipe esteve empenhada na preparação do evento, tivemos sempre como pressuposto uma realidade que se tem vindo a afirmar ao longo dos anos em Portugal e na Europa: a enfermagem de saúde comunitária está na “frontline” da promoção da saúde e prevenção da doença, mas também na gestão das doenças crónicas e situações que requerem cuidados em situações mais avançadas de dependência no autocuidado. A enfermagem de saúde comunitária afirma-se assim como um pilar importante de qualquer serviço nacional de saúde, promovendo a saúde, melhorando a qualidade de vida e apostando na redução do recurso a hospitalizações desnecessárias.

As doenças crónicas, as pandemias e os riscos psicossociais no local de trabalho constituíram as principais temáticas do evento. Foram abordadas por profissionais de diversas áreas disciplinares. Convidámos ainda todos os profissionais de saúde a partilhar os seus saberes sobre estas matérias. Daqui resultaram 40 comunicações livres, agrupadas nos seguintes temas: Autocuidado; Epidemiologia e Doença Crónica; Formação e Gestão em Enfermagem; Saúde Escolar; Saúde Ocupacional e Práticas em Enfermagem Comunitária.

Do conjunto de trabalhos que serviram de base às comunicações, apresentadas nas Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária, resultou o presente livro.

A autoeficácia do familiar cuidador

Renata Santos¹; Teresa Martins² & Paulo Machado³

¹Centro Hospitalar do Porto, Enfermeira, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (rsantos.27.rs@gmail.com); ²Professora Coordenadora da ESEP (teresam@esenf.pt); ³Professor Coordenador da ESEP (paulom@esenf.pt)

Resumo

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. Prevê-se que haja um aumento significativo da faixa etária com idades mais avançadas nos próximos anos. Com esta surgem as doenças crónicas e/ou degenerativas, sendo estas potenciadores de debilidades funcionais e cognitivas e por vezes, limitadoras e geradoras de dependência. Neste contexto as famílias assumem um papel de relevo enquanto cuidadores da pessoa dependente.

Estudo metodológico e transversal recorrendo a uma amostra de conveniência. Os participantes foram referenciados por duas instituições no concelho de Vila Nova de Gaia. Visa-se a avaliação das propriedades psicométricas de uma versão reduzida da Escala de Autoeficácia do Familiar Cuidador (EAFC). Cumulativamente estudou-se o impacto do nível de dependência do familiar dependente, no sentimento de autoeficácia do familiar cuidador. Para o efeito correlacionou-se a EAFC com o Índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody, *Appraisal of Self-Care Agency Scale* e Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado.

A EAFC revela correlações fortes entre itens e consistência interna avaliada com um alfa de *Cronbach* de 0,963. Foi analisada a validade de critério através da comparação com os resultados obtidos na Escala Autoeficácia Geral e percebeu-se que há correlação moderada entre os dois instrumentos. A análise de componentes principais mostra uma variância explicada de 74,10%.

A correlação da EAFC com outros instrumentos revela a proporcionalidade aumentada entre o sentimento de autoeficácia o nível de dependência.

Instrumento com boa fidelidade, unidirecional e a sua correlação com os instrumentos revelou que níveis de dependência elevados no autocuidado, parecem aumentar o sentimento de autoeficácia do familiar cuidador.

A EAFC avalia com rigor a percepção de eficácia nos cuidados a uma pessoa dependente. Porém a autoeficácia pode não ser determinante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao familiar cuidador.

Palavras-Chave: Familiar cuidador; Autoeficácia; Transição

Abstract

Population aging is a worldwide phenomenon and Portugal is no exception to this scenario. It is believed that there are significant increases in the older age group in the coming years. Associated with aging arise chronic diseases and / or degenerative causing an impact on autonomy. Therefore It is noted the importance of morbidities as cognitive enhancers and functional shortcomings sometimes limiting and dependency generator. In this context families play a significant role as caregivers of dependent person.

This study aims to determine the short form Caregiver Self efficacy Scale assessment of psychometrics proprieties (EAFC). For this purpose was developed a quantitative, methodological and cross-sectional study using a non-probabilistic or random sample. Study participants are referred to in two institutions with valences of home care and day center in Vila Nova de Gaia country services. Psychometric properties revealed that EAFC presents fidelity with strong correlations between items and internal consistency evaluated with a Cronbach's alpha of 0.963. Regarding the validity was verified the criterion validity using the results obtained in the implementation of the Self Efficacy Scale (GSE) as comparison and it was noticed that there are moderated correlations between instruments. Principal component analysis show that the EAFC is a unidimensional scale that explained 74,10% of variance.

Cumulatively we have studied the impact of family dependency level of the dependent in the sense of self-efficacy of family caregivers. To this end we correlated the EAFC with the Barthel Index, Lawton and Brody Scale, Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A) and Self-care Assessment Interview (FADA). It is noticed that levels of dependence in self-care on the dependent family appear to increase sense of self-efficacy of family caregivers.

We conclude that the scale is a rigors instrument to assessment caregivers' self-efficacy. But the self-efficacy cannot be decisive in assessing the quality of care provided to the family caregivers.

We also conclude that the concept of self-efficacy does not appear to be decisive in assessing the quality of care provided to the family caregiver. However, it has great importance in the transition to the role of family caregivers.

Keywords: Family caregiver; Self-efficacy; Transition

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que em 2010 a percentagem de idosos a nível mundial rondava os 8% e estima-se que em 2050 este valor alcance os 16% (OMS, 2011). Associado à prevalência de uma faixa etária maioritariamente idosa surge o impacto da morbilidade relacionada com a idade. Com o avançar da idade há uma maior suscetibilidade para as doenças crónicas e/ou degenerativas que muitas vezes conduzem à debilidade funcional e cognitiva. Destas, advém as dependências nas atividades de vida diária e na gestão da própria saúde (Damiani, et al., 2011). Neste sentido, é perceptível o impacto da família enquanto suporte de cuidados.

Independentemente do modelo familiar, uma das principais funções associadas à família refere-se ao cuidar (Martins, 2002). Cuidar revela-se como um conceito transversal que percorre todos os estádios do ciclo vital familiar (Relvas, 2000). Esta função poderá recair de igual modo por todos os elementos da família ou ser salvaguardada essencialmente por apenas um elemento. Todavia, o familiar cuidador revela-se como elemento preponderante na sociedade pois, possibilita resultados em múltiplas áreas. As políticas de saúde, económicas e sociais atuais conduzem, cada vez mais à manutenção das pessoas no seu domicílio, sejam estas saudáveis ou com alguns défices. Neste sentido, a prestação de cuidados no domicílio assume especial relevância (Paúl & Fonseca, 2005; Imaginário, 2004).

É real a problemática associada à escassez de conhecimentos associados ao cuidar (Schumacher, *et al.*, 2000). Sequeira (2010) acrescenta que a *família merece especial atenção para ser capacitada na prestação de cuidados, em articulação com as diferentes instituições de saúde* (Sequeira, 2010, p. 153). Por outro lado, o próprio familiar cuidador deverá tomar consciência das suas capacidades e necessidades. Se o familiar cuidador não for consciente dos seus próprios limites, o ato de cuidar poderá ser considerado como um fator de stress (Rocha & Pacheco, 2013). Autoeficácia é o conceito que designa a perceção das pessoas no que respeita à compreensão das suas capacidades e habilidades no desempenho de determinada tarefa (Bandura, 1997). Haley e seus colaboradores descrevem o conceito de autoeficácia para o familiar, como a *confiança do cuidador sobre o quão bem está a gerir os problemas do seu familiar dependente no autocuidado* (Haley, *et al.*, cit. por Costa, 2013, p. 79). Através da perceção autoeficácia é possível compreender o nível de esforço e empenho que o familiar cuidador irá empregar na superação dos obstáculos associados ao cuidar. A autoeficácia influencia francamente o modo como o indivíduo sente, pensa e por consequência se empenha e/ou age (Bandura, 1997). Todavia, se através de uma avaliação da autoeficácia se poderá prever padrões de resposta, assim torna-se relevante a compreensão da autoeficácia do familiar cuidador (Schumacher, *et al.*, 2000).

As crenças de autoeficácia estão intimamente relacionadas com as experiências de mestria. Assim, Schumacher e seus colaboradores (2000) estabeleceram, para cuidadores de pessoas submetidas a quimioterapia, sessenta e três indicadores de competência de cuidar, inseridos em nove dimensões que se agrupam nas múltiplas competências avaliáveis. As dimensões sugeridas por estes autores são: monitorizar, interpretar, decidir, agir, ajustar, providenciar, aceder a recursos, trabalhar em parceria e negociar com o cuidando (Schumacher, *et al.*, 2000). Através da avaliação destas dimensões, o profissional conseguirá compreender o nível de qualidade de cuidados prestados pelo familiar cuidador. Importante será recordar que à luz da teoria de médio alcance, desenhada por Meleis e seus colaboradores, a mestria apenas se torna possível quando existe consciencialização. O processo de transição para o papel de familiar cuidador implica inúmeras determinantes, entre elas: as expectativas, os conhecimentos e habilidades, o ambiente, os níveis de satisfação física e emocional. Porém, esse processo não decorre de forma saudável se não houver a adequada consciencialização do familiar cuidador (Meleis, 2010).

Assim, a compreensão da autoeficácia torna-se crucial para o familiar cuidador, mas também, para o profissional de saúde que acompanha o processo. Ao compreender as áreas em que os familiares apresentam maiores dificuldades permitem direcionar as intervenções (Costa, 2013). Schumacher e os seus colaboradores acrescentam que os familiares cuidadores carecem de um acompanhamento de profissionais de modo a suplementar a sua autoavaliação (Schumacher, *et al.*, 2000).

Metodologia

Este estudo apresenta como principal objetivo o estudo das propriedades psicométricas de uma versão reduzida da escala de autoeficácia do familiar cuidador. O instrumento foi elaborado por investigadores da ESEP e destinase a medir a autoeficácia do familiar cuidador, atendendo aos vários domínios do fenómeno. O presente estudo, pelo objetivo que visa, integra-se no paradigma quantitativo. Trata-se de um estudo metodológico e transversal.

Os participantes foram recrutados através de uma amostra de conveniência de familiares cuidadores de pessoas dependentes no domicílio, residentes no concelho de Vila Nova de Gaia. O método de amostragem selecionado foi não probabilístico, accidental. Como critério de inclusão, apenas foram considerados na amostra familiares cuidadores com mais de 18 anos e sem qualquer défice cognitivo que impossibilitasse a participação livre e consciente no estudo.

A elaboração do instrumento teve por base os indicadores descritos por Schumacher e seus colaboradores (2000). Assim, para cada autocuidado foram definidos um conjunto de habilidades de acordo com os domínios traçados nos trabalhos de Schumacher (2000). Essas habilidades são avaliadas através de uma escala de concordância de cinco pontos.

Com o objetivo de verificar a validade dos dados recolhidos, recorreu-se ao uso da *Escala de Autoeficácia Geral (GSE)* validada para a população portuguesa por Araújo e Moura (2011). Trata-se de um instrumento de autorrelato que pretende avaliar o sentimento geral de competência pessoal para lidar eficazmente perante uma variedade de situações stressantes (Araújo & Moura, 2011, p. 98). É composto por dez itens cada um com quatro alternativas de resposta: 1) de modo nenhum; 2) dificilmente é verdade; 3) moderadamente verdade; 4) exatamente verdade. Esta escala permite obter uma pontuação entre os 10 e os 40 pontos. Valores mais elevados revelam maiores níveis de autoeficácia.

Paralelamente foram recolhidos dados sobre o familiar dependente, para o efeito recorreu-se a instrumentos como o índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody, ASA-A e FADA.

Após o cumprimento de todos os pressupostos éticos inicia-se o processo de colheita de dados, esta decorreu no período compreendido entre 19 de fevereiro a 30 de maio de 2014, foram contactados 117 prestadores de cuidados.

Apresentação e análise dos resultados

Poucos familiares consideram-se “Incompetentes”, leitura efetuada pelo valor mínimo, mas não em todos os itens pois, no que respeita a “Detetar sinais de alteração da condição”, “Determinar e cumprir horário, forma e local” e “Obter ajuda de profissionais” há um pequeno número de familiares cuidadores que se consideram “pouco competentes”. É, porém, notável que o valor máximo e de forma uníssona assinalada para todos os itens, considerando-se os familiares cuidadores “Muito competentes”.

Os cuidadores mostram assim ter valores elevados de autoeficácia em todas as questões da escala. O item “Cumprir o horário, forma e local estabelecido” foi o que teve um valor médio mais elevado, de 3,79 (DP=0,448). O item com o valor médio mais baixo foi “Obter dispositivos” (M=3,55; DP=0,692). Relativamente à simetria a distribuição apresenta um desvio positivo (assimétrica positiva), e leptocurtica quanto ao seu achatamento.

Ao analisar a matriz de correlação dos itens da escala vemos que cada item se correlaciona com os demais, com uma correlação normalmente forte ou muito forte. Também cada item apresenta uma correlação muito forte com o EAFC global. Estes resultados vêm confirmar, de alguma forma, a consistência interna do referido instrumento, mostrando a sua grande correlação dos itens sem, contudo, se registar redundância.

Com o objetivo de avaliar outra faceta da consistência interna do EAFC versão reduzida determinou-se o valor de *alfa* de Cronbach para os onze itens, obtendo-se um valor de 0,963, indicativo de uma muito boa consistência interna.

Com a finalidade de agrupar os itens em conjuntos homogêneos realizou-se a análise de componentes principais, tendo sido encontrados valores de comunalidades elevados e um valor de KMO que se revelou aceitável (0,88). Da análise das componentes principais apenas uma componente foi extraída, com uma variância explicada de 74,10%, mostrando a natureza unidimensional do instrumento.

Com o objetivo de se compreender a validade clínica dos dados recolhidos através do EAFC correlacionou-se com os dados obtidos através da GSE. Esta associação ($r=0,354$; $p=0,000$) mostra que existe uma correlação moderada entre ambos os conceitos. Assim, a versão reduzida a ser estudada parece medir o conceito de autoeficácia sem, contudo, medir as mesmas facetas do conceito avaliada pela GSE.

Considerou-se ainda pertinente compreender a influência da autoeficácia do familiar cuidador, face a outros dados associados ao familiar dependente. Assim, foi avaliada a correlação entre EAFC e os dados recolhidos através do índice de Barthel ($r=0,208$; $p=0,025$), a escala de Lawton e Brody ($r=0,082$; $p=0,379$), ASA-A ($r=0,07$; $p=0,684$) e o FADA ($r=0,141$; $p=0,129$). Ou seja, a autoeficácia do familiar cuidador mostra estar proporcionalmente aumentada nas situações em que as pessoas alvo dos seus cuidados são mais dependentes nas atividades básicas da vida diária. Contudo, mostra não ser influenciada pela autonomia da pessoa cuidada nas atividades instrumentais da vida diária, nem com a sua autonomia na gestão da saúde. No caso do ASA-A parece haver ligeiramente maiores níveis de autoeficácia nos familiares cuidadores dos familiares dependentes que não foram capazes de preencher o referido instrumento ($n=82$; $M=40,60$; $DP=5,163$) do que os que foram capazes de o preencher ($n=35$; $M=38,66$; $DP=7,364$), contudo estas diferenças não são significativas sob ponto de vista estatístico.

Discussão dos resultados

No que respeita às propriedades psicométricas da EAFC concluiu-se que esta é uma medida fidedigna, e um instrumento unidimensional. Foi ainda avaliada a validade de critério através da correlação entre a EAFC e a GSE, os resultados mostram que apesar de ambos os instrumentos avaliarem a perceção de autoeficácia, estes diferem nas suas especificidades.

Percebemos que a perceção da autoeficácia é no global, francamente positiva e que não é sobreponível à avaliação dos investigadores que os entrevistaram. Percebia-se pelo discurso dos familiares cuidadores fragilidades nos conhecimentos e atitudes menos corretas na prestação dos cuidados e que não eram consciencializados pelos participantes. Os familiares cuidadores consideram-se, no global, competentes no seu trabalho, segundo um padrão que não foi por nós estudado. O conceito de autoeficácia apresenta-se como uma das variáveis psicossociais que influenciam a avaliação subjetiva do ser humano. Trata-se de um conceito que está presente quotidianamente, porém, só em momentos considerados críticos é que lhe é atribuído o seu verdadeiro valor (Peixoto & Santos, 2009). O sentimento de autoeficácia percecionado pelos familiares cuidadores que participaram neste estudo poderá ainda ser influenciado pela conceção que o familiar tem sobre o cuidar. O mesmo cuidador que agora cuida de um familiar dependente por debilidades físicas e/ou cognitivas outrora, experienciou o cuidar de alguém dependente por imaturidade orgânica (bebés e/ou crianças) (Rolland (2000) *cit. por* Carvalho 2013; OE, 2011). Havendo esse pré-contacto com o cuidar há muitas vezes uma associação do padrão de cuidados a ser prestados. Assim, não há um ajuste à realidade do familiar dependente e torna-se incompreensível para o familiar cuidador a complexidade dos cuidados a uma pessoa dependente ou com fragilidade na sua condição de saúde. Esse confronto poderá guiar-nos para o conceito de resiliência.

A perceção de autoeficácia parece estar distanciada da garantia de qualidade. Este dado mostra a carência de conhecimentos por parte do familiar cuidador pondo assim em risco a saúde de quem é cuidado. Esta ideia corrobora a tese de Schumacher e seus colaboradores (2000) de que os familiares cuidadores não apresentam os devidos conhecimentos e competências para o desempenho do papel de familiar cuidador (Schumacher, *et al.*, 2000).

Conclusões

Teoricamente considerar-se-ia relevante o conceito de autoeficácia como um indicador importante na monitorização da transição para o papel de familiar cuidador. Porém a associação deste indicador a situações que poderão ser indicativas de cuidados de baixa qualidade, revela que o conceito de autoeficácia não está associado a uma qualidade dos cuidados prestados, ditando ser um recurso muito particular na avaliação dos familiares cuidadores.

Verificou-se ainda que são muitas as lacunas de conhecimento por parte dos familiares cuidadores, talvez por esta razão os resultados encontrados afastam a autoeficácia da qualidade dos cuidados. Neste sentido, sugere-se para futuros trabalhos neste âmbito o estudo de outros perfis de familiares cuidadores e a implementação de um programa de intervenção para a promoção do papel de familiar cuidador.

Sentiu-se no decorrer deste estudo que há um hiato entre a realidade dos familiares cuidadores e os recursos direcionados para estes. Mesmo as instituições que oferecem serviços direcionados para os familiares dependentes, não estão vocacionadas para a autonomização e para a capacitação dos familiares cuidadores.

A enfermagem enquanto profissão direcionada para o indivíduo e família, deverá dirigir a sua atenção de forma cabal para esta área de intervenção. Recordar-se assim, que a família/familiares cuidadores apresentam-se na comunidade como uma instituição de prestação de serviços. Assim, o enfermeiro deverá capacitá-la de modo a que hajam cuidados eficazes e efetivos.

A discrepância entre a percepção de autoeficácia e a qualidade do cuidado prestado, pelo familiar cuidador poderá conduzir a prejuízos severos na saúde e bem-estar do familiar dependente.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, Miguel; MOURA, Octávio. Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Autoeficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*. Vol. 9, nº 1 (2011), p. 95-105.
- BANDURA, Albert. *Self-Efficacy: The exercise of Control*. New York: W.H. Freeman, 1997. ISBN 978-071-672-850-4.
- CARVALHO, Maria. *Serviço social na saúde*. 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2013. ISBN 978-989-693-022-6.
- COSTA, Andreia. *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – Estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2013. Tese de Doutoramento.
- DAMNANI, Gianfranco [et al.]. Patterns of long term-care in 29 European countries: Evidence from an exploratory study. *BioMed Central Health Service Research*. Vol. 11, nº 316 (2011), p. 1-9.
- IMAGINÁRIO, Cristina. *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidado principal*. Coimbra: Formasau, 2004.
- MARTINS, Maria. *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-848-530-1.
- MELEIS, Afaf. *Transitions Theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Pub., 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Notas sobre enfermagem: um guia para os cuidadores na atualidade*. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-66-0.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Global Health and aging*. Madrid: Organização Mundial de Saúde, 2011.
- PAÚL, Constança; FONSECA, António. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Cimepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1.

PEIXOTO, Maria; SANTOS, Célia. Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos de saúde*. Vol. 2, nº 2 (2009), p. 87-93.

RELVAS, Ana Paula. *O ciclo vital da família: uma perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento, 2000. ISBN 978-972-360-413-9.

ROCHA, Bruno; PACHECO, José. Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 26, nº 1 (2013), p. 50-56.

SCHUMACHER, Karen [et al.]. Family Caregiving Skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*. Vol. 23 (2000), p. 191-203.

SEQUEIRA, Carlos. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-717-0.

Promover a autonomia no autocuidado – recursos

Renata Santos¹ & Soraia Pereira²

¹Centro Hospitalar do Porto, Enfermeira, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (rsantos.27.rs@gmail.com); ²Instituto Português de Oncologia - Porto, Enfermeira, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (pereirasoraia87@gmail.com)

Resumo

Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, fruto das recentes alterações sociodemográficas em que o envelhecimento e as doenças crónicas se destacam, torna-se emergente a necessidade de focar a atenção na pessoa dependente e o seu cuidador, compreendendo a natureza dos problemas que afetam a dependência e estabelecendo um plano de ação.

Objetivou-se analisar os recursos utilizados pelas pessoas dependentes e seus cuidadores para a promoção da autonomia. Para o efeito foi utilizado o método de amostragem não probabilístico, do tipo acidental, em que foram considerados para fazer parte da amostra indivíduos dependentes ou os seus familiares cuidadores, com idade igual ou superior a 18 anos, sem défices cognitivos aparentes, que aceitassem participar no estudo. Para a recolha dos dados foi utilizado o Formulário da Avaliação da Dependência no Autocuidado – versão reduzida.

Entre as ajudas técnicas mais utilizadas encontram-se a rampa no uso da cadeira de rodas, o antiderrapante no banho, a babete na alimentação, a caixa de comprimidos na toma da medicação e a fralda no uso do sanitário. No que respeita aos recursos a serviços, o hospital, os centros de saúde e os cuidados de higiene e conforto fornecidos por entidades surgem como recursos efetivos.

De acordo com os resultados obtidos parece existir uma maior tendência pelo uso de recursos em autocuidados associados aos aspetos vitais e sobrevivência bem como, no recurso aos serviços do Serviço Nacional de Saúde.

Os recursos são considerados pelas pessoas dependentes e pelo familiar cuidador como importantes contributos no momento de cuidar. No entanto, o acesso, a informação da sua existência e forma de funcionamento são aspetos que devem ser explorados. Os enfermeiros enquanto facilitadores do processo de transição devem aqui possuir um papel preponderante através da informação e instrução de utilização destes recursos. Mas não são percebidos como um recurso com impacto considerável.

Palavras-chave: Autocuidado; Dependência; Recursos

Abstract

In a social context characterized by new health needs, the result of recent demographic changes that aging and chronic diseases stand out, emerging becomes the need to focus attention on the dependent person and their caregiver, including the nature of the problems affect dependency and establishing a plan of action.

This study aimed to analyze the resources used by dependents and their caregivers to promote autonomy. For this purpose we used non-probabilistic sampling, the accidental type, that were considered for the sample dependent individuals or their family caregivers, aged over 18 years without apparent cognitive deficits, which agreed to participate in the study. For data collection was used Addiction Assessment Form Self-Care - reduced version.

Amongst the most used techniques are the aid ramp in use of the wheelchair, the slip in the bath, the bib in the feed, the pill box takes the medication in the diaper and sanitary in use. With regard to resources services, hospital, health centers and care of hygiene and comfort provided by entities emerge as effective remedies.

According to the results seems to be a greater tendency for the use of self-care resources associated with vital aspects and survival as well, the use of the services of the National Health Service.

Dependents and the family caregiver consider resources as important contributions at the time of care. However, access information of their existence and way of functioning are aspects that should be explored. Nurses as facilitators of the transition process here should have a leading role through information and educational use of these resources. But they are not perceived as a resource with considerable impact.

Keywords: Self-care; Dependence; Resources

Introdução

A dependência surge, habitualmente, como resultado do declínio funcional da pessoa e pode ocorrer em qualquer altura do ciclo vital como consequência do aparecimento de patologias ou acidentes (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010).

As políticas de saúde, económicas e sociais atuais conduzem, cada vez mais à manutenção das pessoas no seu domicílio, sejam estas saudáveis ou com alguns défices. Neste sentido, a prestação de cuidados no domicílio assume especial relevância (Paúl & Fonseca, 2005).

Assim, o familiar cuidador revelam-se como elementos preponderantes na sociedade pois, possibilitam resultados em múltiplas áreas (Sequeira, 2010). O cuidar da pessoa com dependência, exige do familiar cuidador disponibilidade de tempo, e adaptação a tarefas para as quais não se encontra habilitado ou com experiência (Martins, 2006).

Para o efeito os recursos surgem como meios para a promoção da autonomia da pessoa dependente mas também, facilitadores para o familiar cuidador. O trabalho aqui apresentado refere-se aos seguintes recursos: ajudas técnicas e serviços e profissionais/pessoais.

Metodologia

O presente estudo enquadra-se num paradigma quantitativo, de colheita sistemática de dados, e de um estudo exploratório e transversal, com recolha de dados num único momento, escrito na língua original.

O método de amostragem utilizado é o não probabilístico, do tipo acidental. A amostra foi constituída por 150 pessoas dependentes no autocuidado, das quais 57 pessoas no domicílio, contactadas através dos Serviços de Apoio ao Domicílio e 93 pessoas em valências de Centro de Dia de duas instituições que apoiam pessoas dependentes no domicílio no Concelho de Vila Nova de Gaia, a Santa Casa da Misericórdia de Gaia e o Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro. Foram considerados para fazer parte da amostra indivíduos dependentes ou os seus familiares cuidadores, com idade igual ou superior a 18 anos, sem défices cognitivos aparentes, que aceitassem participar no estudo.

Para avaliar a capacidade de autocuidado recorreu-se ao Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (FADA), constituído por 11 domínios: andar, usar cadeira de rodas, transferir-se, virar-se, elevar-se, uso do sanitário, alimentar-se, arranjar-se, vestir-se e despir-se, tomar banho e tomar a medicação. Cada item foi avaliado através de uma escala de Likert de 4 níveis (dependente não participa, necessita de ajuda de pessoa, necessita de equipamento e completamente independente). O formulário permitiu uma avaliação geral do nível de dependência no autocuidado bem como a compreensão do nível de dependência por domínio e atividade, o que é fundamental para a intervenção do enfermeiro. Mas também a compreensão dos recursos utilizados pelas pessoas dependentes e seus familiares cuidadores.

Apresentação e análise dos resultados

A amostra foi constituída por 76% de indivíduos do sexo feminino, sendo este o grupo mais representativo ($n = 114$) e 24% do sexo masculino. A média de idades situou-se nos 78,45 anos com desvio padrão de 10,98, sendo a mediana 80,50 anos, com idades compreendidas entre os 40 e 100 anos de idade. Isto permite-nos compreender que os dependentes são maioritariamente idosos.

A amostra na sua globalidade é de indivíduos com nacionalidade portuguesa. Quanto ao estado civil, cerca de 54% (81) das pessoas dependentes eram viúvas, e 33,3% (50) eram casadas ou encontravam-se em união de facto, seguindo-se os solteiros (8,0%) e os divorciados (4,7%) com menor expressão.

No que diz respeito ao nível de escolaridade verifica-se um predomínio de pessoas com o ensino básico ou sem qualquer instrução, totalizando estes dois grupos cerca de 86,7% (130) da amostra, onde apenas uma pessoa dependente possuía habilitações ao nível do ensino superior. Em relação à situação profissional 98,7% (148) não possuía ocupação o que seria expectável devido à média de idades dos dependentes (78,45 anos).

Registou-se que a dependência se instalou de forma gradual em 72,7% (109) dos participantes e em 27,3% (41) ocorreu de forma súbita.

Relativamente à origem da dependência, a doença crónica foi a situação mais presente com 57,3% (86), seguida pelo envelhecimento com 48,7% (73) e pela doença aguda com 15,3% (23). No entanto, a dependência pode ter tido origem em mais do que uma das situações, pelo que foram consideradas as várias respostas. O tempo de dependência variou entre 0 e 79 anos, sendo a média de 7,21 anos de dependência e a mediana de 3,00, com um desvio padrão de 11,71. Estes resultados vão ao encontro da já referida predominância de pessoas idosas e cuja instalação da dependência ocorreu de forma gradual.

Em relação ao regime terapêutico medicamentoso, os indivíduos estudados tomam em média 7,13 medicamentos por dia, sendo o mínimo 0 e o máximo 19 medicamentos diferentes, distribuídos entre 0 e 7 vezes por dia, sendo em média 3,13 vezes por dia.

No último ano, 54% (81) das pessoas dependentes recorreu pelo menos uma vez ao Serviço de Urgência, tendo no máximo recorrido 8 vezes. Em relação aos internamentos, 67,3% (101) da amostra não registou nenhum internamento no último ano, 26,7% (40) registou um internamento e 0,7% (1) registou 5 internamentos tendo sido o número máximo na amostra.

Quanto ao estado mental das pessoas dependentes, cerca de 40% (60) não sabe em que mês está, em que terra vive, nem consegue repetir três palavras. Quase 60% (90) não está capaz de fazer cálculos simples, e cerca de 30% (43) não identifica objetos comuns. Relativamente aos aspetos relacionados com a eliminação intestinal e vesical, cerca de 78% (117) consegue controlar os intestinos, 19,3% (29) é completamente dependente ou necessita que lhe façam um enema e 2,7% (4) necessita de ajuda de pessoa para colocar um supositório ou fazer um enema. Já em relação à eliminação vesical, apenas 34,7% (52) são continentes, 29,3% (44) são incontinentes ou encontram-se algaliados e 36% (54) apresenta problemas ocasionais ou não consegue utilizar a casa de banho em tempo útil.

Relativamente aos vários tipos de autocuidado foram encontrados os seguintes resultados:

Mais de metade dos participantes são completamente independentes no autocuidado “andar” ou necessitam de equipamento. Das 47 pessoas que recorrem ao uso de cadeiras de rodas apenas 9 são completamente autónomas. Neste autocuidado regista-se a presença de um indivíduo que necessita de equipamento para usar a cadeira de rodas (luvas de proteção), cuja ausência o torna dependente de pessoa. A totalidade da amostra foi avaliada quanto ao autocuidado “andar” mesmo as pessoas que foram em seguida avaliadas no autocuidado “uso da cadeira de rodas”, uma vez que o uso da cadeira de rodas pode ser considerado como um equipamento.

No autocuidado “transferir-se” não se registaram diferenças entre as transferências da cama para a cadeira/cadeirão e vice-versa. Cerca de 45,3% (68) necessita de ajuda neste domínio, de uma pessoa ou encontra-se completamente dependente o que nos permite ajuizar acerca do nível de dependência das pessoas dependentes da amostra. Quanto ao autocuidado “virar-se” mais de 30% (46) dos participantes apresenta igualmente níveis de dependência severos dependendo de ajuda de pessoa, o que constitui uma ameaça ao nível da integridade cutânea. Em relação ao autocuidado “elevar-se” quase metade dos participantes necessita de ajuda de pessoa para elevar parte do corpo.

Também no “uso do sanitário” se observam níveis elevados de dependência, sendo que na globalidade das atividades que caracterizam este autocuidado mais de metade das pessoas necessita de ajuda de pessoa ou são completamente dependentes.

Relativamente ao autocuidado “alimentar-se” cerca de 77,3% (116) dos participantes é completamente dependente na preparação dos alimentos, contrastando com os 79,3% (119) que são completamente independentes para “pegar no copo ou chávena” e nos 78,7% (118) que são igualmente independentes para “levar os alimentos à boca com os utensílios”.

O cuidado com as unhas, atividade incluso do autocuidado “arranjar-se” é a atividade em que compreende maior dependência com 90,7% (136) a necessitar de ajuda de pessoa para a sua realização, o que permite ajuizar acerca da motricidade fina dos participantes. De uma maneira geral as atividades neste autocuidado distribuem-se principalmente entre as pessoas que conseguem realizar as atividades de forma independente e as que necessitam de ajuda de pessoa, sendo a utilização de equipamentos pouco expressiva.

Um dos autocuidados onde se verifica um dos maiores níveis de dependência é o autocuidado “vestir-se e despir-se” onde para além dos marcados níveis de dependência, também se nota pouca adesão às ajudas técnicas. O autocuidado “tomar banho” apresenta igualmente níveis severos de dependência, em particular na atividade “lavar o corpo” onde chega aos 93,3% (140) de pessoas com necessidade de ajuda. Em relação ao autocuidado “tomar a medicação” também se regista níveis de dependência elevados, sobretudo na toma da medicação.

No que respeita ao nível de dependência por domínio de autocuidado, aquele que registou um maior nível de dependência foi o autocuidado “tomar medicação” com média de 2,19 e desvio padrão de 0,922, seguido do autocuidado “vestir-se e despir-se”, com média de 2,27 e desvio padrão de 0,893 e o autocuidado “tomar banho” com média de 2,50 e desvio padrão de 0,871. Os autocuidados que registaram menor nível de dependência foram os autocuidados “virar-se” com média de 3,20 e desvio padrão de 1,17, seguido do autocuidado “transferir-se” com média de 2,77 e desvio padrão de 1,12 e o autocuidado “elevar-se” com média de 2,73 e desvio padrão de 1,10. Quanto ao “nível global de dependência”, este apresenta média de 2,64 e desvio padrão de 0,83 o que revela que a amostra em estudo se caracteriza por elevados graus de dependência no autocuidado.

Face ao recurso a profissionais/pessoais a tabela 1 espelha-nos a realidade encontrada:

Tabela 1: Recursos profissionais/pessoais

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Assistente social	73	48,7%	77	51,3%
Enfermeiro	51	34%	99	66%
Fisioterapeuta	22	14,7%	128	85,3%
Médico	147	98%	3	2%
Nutricionista	35	23,3%	115	76,7%
Psicólogo	32	21,3 %	117	78%
Familiar	143	95,3%	7	4,7%
Vizinho	37	24,7%	113	75,3%
Amigo	5	3,3%	145	96,7%
Empregado	15	10%	135	90%

Os recursos profissionais/pessoais mais referidos são o médico e o familiar, com 98% e 95,3% respetivamente. Em seguida surge o Assistente Social, muito percecionado pela assistência e alcance de recursos financeiros. O enfermeiro surge com uma percentagem de 34%.

Discussão dos resultados

Neste estudo, o processo de envelhecimento mostrou estar associado a doenças crónicas, e que estiveram na base do comprometimento da autonomia e dependência da pessoa. Também encontramos dados que nos mostram

que os participantes têm um regime terapêutico medicamentoso complexo, indo ao encontro de outros estudos (Padilha, *et al.*, 2010; Silva, 2011).

O gênero feminino foi o mais representativo, o que se encontra em linha com estudos anteriores, levando-nos a compreender que as pessoas mais dependentes são também maioritariamente idosos (Martins, 2011; Pereira, 2011; Silva, 2011; Silva, 2012).

Analisaram-se ainda os recursos utilizados pelas pessoas dependentes para promoção da autonomia. Entre os recursos mais utilizados pelas pessoas dependentes encontram-se a rampa no uso da cadeira de rodas, o antiderrapante no banho, a babete na alimentação, a caixa de comprimidos na toma da medicação e a fralda no uso do sanitário. Como referido por Leonardo (2011), é nos autocuidados “andar”, “tomar medicação”, “usar o sanitário”, “usar cadeira de rodas” e “alimentar-se” que se encontram as maiores taxas de utilização de recursos. Existindo assim, aparentemente, uma maior tendência pelo uso de recursos em autocuidados associados os aspetos vitais e de sobrevivência.

Os recursos menos utilizados foram o copo adaptado e o rebordo de prato na alimentação, o transfer e o disco de rotação na transferência e as barras paralelas e apoios de pé.

Os serviços relacionados com a teleassistência, os de aconselhamento e instalação de equipamentos, apoio técnico na adaptação do domicílio, e os apoios na compra de medicamentos e de bens alimentares são os menos referidos. Em linha com outros estudos, também aqui se regista uma larga utilização dos serviços do Serviço Nacional de Saúde, que dão um extenso apoio à população (Leonardo, 2011; Martins, 2005).

O enfermeiro não é percecionado como um recurso na sua globalidade.

Conclusões

Os cuidados de enfermagem e a qualidade do exercício profissional do enfermeiro devem assentar não só na promoção da autonomia da pessoa dependente, mas também na capacitação do familiar cuidador, aumentando as suas competências e promovendo a transição para o papel de prestador de cuidados (Martins, 2011; Pereira, 2011; Silva, 2007). Todavia, de entre os recursos profissionais e pessoais, o enfermeiro não é visto pela amostra como um recurso.

De acordo com os resultados obtidos parece existir uma maior tendência pelo uso de recursos em autocuidados associados aos aspetos vitais e sobrevivência bem como, no recurso aos serviços do Serviço Nacional de Saúde.

As ajudas técnicas são consideradas pelas pessoas dependentes e pelo familiar cuidador como importantes contribuições no momento de cuidar de uma pessoa dependente, no entanto, o acesso, a informação da sua existência e forma de funcionamento são aspetos que devem ser explorados (Almeida, *et al.*, 2005; Leonardo, 2011; Lopes, 2007).

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, A. e al., et. 2005. Transição do Doente Dependente para a Família. *Sinais Vitais*, 62 (2005), pp. 8-13.
- FIGUEIREDO, D. 2007. *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Aveiro : Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciência da Saúde - Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2007.
- LEONARDO, V. 2011. *Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*. Porto : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2011.
- LOPES, L. 2007. Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 25, Nº 1 (2007), pp. 39-46.
- MARTINS, R. 2011. *A Dependência no Autocuidado no seio das famílias clássicas do Concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Lisboa : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada - Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2011.
- MARTINS, R. 2005. A Emergência de um Cuidar Gerontológico. *Servir*. Vol. 53, Nº 4 (2005), pp. 160-165.
- MARTINS, T. 2006. *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau, 2006.
- PADILHA, J., OLIVEIRA, M. e CAMPOS, M. 2010. Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 44, Nº 4 (2010), pp. 1129-1134.
- PAÚL, C.; FONSECA, A. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Cimepsi, 2005. ISBN 972-796-185-1.
- PEREIRA, E. 2011. *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: relevância da definição dos cuidados prestados*. Porto: Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2011.
- SEQUEIRA, C. 2010. *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa : Lidel, 2010. 978-972-757-717-0.
- SILVA, A. 2012. *Avaliação da Condição de Saúde dos Indivíduos Dependentes no Autocuidado Inseridos no Seio das Famílias Clássicas do Concelho do Porto*. Porto: Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada - Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012.
- SILVA, R. 2011. *A Dependência no Autocuidado no seio das Famílias Clássicas do concelho do Porto: Abordagem Exploratória à Dimensão do Fenómeno*. Porto: Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2011.
- SILVA, A. 2007. Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Vol. 55, Nº 1/2 (2007), pp. 11-20.

Atitudes de estudantes de enfermagem finalistas sobre o envelhecimento

Margarida Abreu¹ & Nilza Nogueira²

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador (mabreu@esenf.pt); ²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto (nilza@esenf.pt)

Resumo

Introdução: Em Portugal existem aproximadamente dois milhões de idosos, o que representa 20% da população residente (PORDATA, 2013). Sendo as atitudes aprendidas socialmente, a formação e a educação representam o papel principal para a implementação de atitudes positivas e assertivas perante a velhice (Pinto, 2012).

Metodologia: Estudo de natureza quantitativo, exploratório e descritivo. Duzentos e vinte e um estudantes de enfermagem do quarto ano, constituíram a amostra. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o Inventário de Atitudes em Relação à Velhice, desenvolvido por Sheppard (1981). Na análise dos dados recorremos a medidas de frequência, tendência central e dispersão.

Resultados: O estudo envolveu 29 estudantes do sexo masculino e 192 estudantes do sexo feminino, com uma idade média de 22,2 anos. A média das pontuações atribuídas pelos estudantes nos itens do Inventário de Sheppard foi de 2,03 (DP = 0,42). Em geral, este valor indica que as respostas foram positivas. A pontuação para cada fator do Inventário de Atitudes em Relação à Velhice estavam abaixo do ponto médio nas dimensões “Expectativas quanto à atividade” e “Expectativas em relação a satisfação” (= 1,70, DP = 0,51 e = 1,71, SD = 0,65, respetivamente) e valor acima do ponto médio da escala dimensão “A ansiedade sobre a morte” e “Sentimentos em relação à velhice” (= 2,07, DP=0,72 e = 2,70, DP = 0,50, respetivamente).

Discussão: Estes resultados estão em consonância com os de Eltantawy (2013).

Conclusão: Os estudantes de enfermagem do 4º ano demonstram atitudes positivas, em relação à velhice. Estes resultados sugerem a necessidade de continuar a enfatizar os conhecimentos teóricos acerca do processo de envelhecimento e a prestação de cuidados a idosos durante o percurso académico dos estudantes para promover a construção de atitudes positivas em relação à velhice e contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos idosos.

Palavras-chave: Atitudes; Envelhecimento; Estudantes de Enfermagem

Abstract

Attitudes of nursing students finalists on ageing

Introduction: In Portugal there are about two million seniors, representing 20% of the resident population (PORDATA, 2013). Being attitudes learned socially, training and education are the main role in the implementation of positive and assertive attitudes towards old age (Pinto, 2012).

Methodology: An exploratory, descriptive study with a quantitative approach was carried out in two hundred and twenty-one nursing students of the fourth year. Data was collected using the Inventory Attitudes Relating to Old Age, developed by Sheppard (1981). The data was evaluated using frequency, central tendency and dispersion measures.

Results: The study involved 29 male students and 192 female students, with an average age of 22.2 years. The average of the scores given by students in the Sheppard Inventory items was 2.03 (SD = 0.42). In general, this value indicates that the responses were positive. The score for each factor Inventory of Attitudes toward aging were below the midpoint in the dimensions "Expectations regarding activity" and "Expectations satisfaction" ($\bar{x} = 1.70$, SD = 0.51 and $\bar{x} = 1.71$, SD = 0.65, respectively) and value above the midpoint of the size scale "Anxiety about death" and "feelings toward aging" ($\bar{x} = 2.07$, SD = 0.72 and $\bar{x} = 2.70$, SD = 0.50, respectively).
Discussion: These results are in line with the Eltantawy (2013).

Conclusion: Nursing students of the 4th year demonstrate positive attitudes toward aging. These results suggest the need to continue to emphasize the theoretical knowledge about the aging process and the provision of elderly care during the academic path of students to promote the building of positive attitudes toward aging and contribute to improving the quality of nursing care for the elderly.

Keywords: Attitudes; Aging; Nursing Students

Introdução

Em Portugal existem aproximadamente dois milhões de idosos, o que representa 20% da população residente (PORDATA, 2013). No conjunto dos 28 Estados Membros, Portugal é o quinto país com o maior índice de envelhecimento; o terceiro com o mais baixo índice de renovação da população em idade ativa e ainda o terceiro país com o maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (INE, 2015).

Segundo a OMS (2015) uma vida mais longa é um recurso incrivelmente valioso, mas com saúde. No entanto, existe pouca evidência de que as pessoas idosas de hoje apresentem uma saúde melhor que a dos seus pais com a mesma idade (OMS, 2015). Maioritariamente, os problemas de saúde das pessoas idosas estão associadas a condições crónicas, o que implica a necessidade de cuidados de saúde durante longos anos de vida.

Deste modo, os enfermeiros devem responder de forma adaptada, competente e personalizada às necessidades de cuidados deste crescente segmento da população. De igual forma, aos atuais estudantes de enfermagem, é esperado competência e uma atitude positiva para com as pessoas idosas.

Mas, verifica-se que os estudantes continuam a não valorizar a velhice, enquanto etapa de vida e a revelar falta de sensibilidade para o envelhecimento enquanto processo. Para Bleijenbergh, Jansen e Schuurmans (2012), a maioria dos estudantes de enfermagem têm pouco conhecimento e interesse em trabalhar com

peças mais velhas. Desta forma, existe uma necessidade crescente de enfermeiros motivados para prestar cuidados a idosos, sendo a qualidade dos cuidados influenciada pelas suas atitudes (Bleijenber, Jansen e Schuurmans, 2012; Gonçalves et al., 2011).

Por este motivo, o estudo das atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à velhice tem suscitado o interesse de inúmeros investigadores a nível nacional e internacional (Eltantawy, 2013; Bleijenber; Jansen e Schuurmans, 2012; Feenstra, 2012; Gonçalves et al. 2011; Deltsidou et al., 2010; Zambrini et al., 2008; Hweidi e Al-Obeisat, 2006).

Sendo as atitudes aprendidas socialmente, a formação e a educação representam o papel principal para a implementação de atitudes positivas e assertivas perante a velhice (Pinto, 2012). Deste modo, o presente estudo tem como objetivo descrever as atitudes de estudantes de enfermagem finalistas portugueses em relação à velhice.

Metodologia

Estudo de natureza quantitativa, exploratório e descritivo.

Amostra

A amostra foi constituída por duzentos e vinte e um estudantes de enfermagem no final do 4º ano, do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), de uma escola pública da região norte de Portugal, no ano letivo 2014-15.

Instrumentos

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

Procedimentos de colheita dos dados

A colheita de dados foi feita em sala de aula, após a explicação dos objetivos do estudo por uma das pesquisadoras, aos estudantes de enfermagem finalistas do CLE que deram o seu consentimento.

Previamente obtivemos o consentimento para a utilização do Inventário de Atitudes em Relação à Velhice (versão portuguesa) e aprovação do conselho técnico científico da escola.

Procedimentos de análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS (Versão 21). Iniciamos com a análise exploratória dos dados sociodemográficos e de coabitação – distribuição de frequências, cálculo da média e desvio padrão. Os

estudantes foram agrupados por sexo, idade e convivência com pessoas idosas e comparados quanto às pontuações obtidas na avaliação das atitudes em relação à velhice através da utilização de testes paramétricos e não paramétricos, tendo sido adotado o nível de significância de $p < 0,005$.

Apresentação e análise dos resultados

Como foi referido anteriormente, a amostra foi constituída por 221 estudantes, 29 homens e 192 mulheres, com uma idade média de 22,2 anos. A maioria dos estudantes não trabalhava (86,0%). Dos que trabalhavam (14,0%), desenvolviam uma atividade profissional incluída nos grupos 4 (9,5%), 3 (2,6%) e 1 (2,1%) da classificação nacional das profissões (CNP), sendo respetivamente pessoal administrativo e similares, técnicos e profissionais de nível intermédio e especialistas das profissões intelectuais e científicas. No que refere à escolaridade dos pais dos estudantes, verificamos que perto de metade dos pais tem uma escolaridade até ao 2º ciclo (47,9%) e que as mães possuíam um nível de escolaridade entre o 3º ciclo e o ensino secundário (55,2%). Quanto à profissão dos pais, apuramos que mais de metade (51,2%) exercia uma atividade profissional incluída nos grupos 3, 7 e 5 da CNP, respetivamente técnicos e profissionais de nível intermédio (19,5%), operários, artífices e trabalhadores similares (18,1%) e pessoal dos serviços e vendedores (13,6%). No que diz respeito à profissão das mães, verificamos que 43,4% exercia atividade profissional incluída nos grupos 5, 7 e 3 da CNP, respetivamente pessoal dos serviços e vendedores (18,5%), operários, artífices e trabalhadores similares (12,7%) e técnicos e profissionais de nível intermédio (12,2%).

Os resultados mostraram ainda que 77,8% dos participantes não coabitava com idosos. Dos 21,3% de estudantes que coabitava com pessoas idosas, todos manifestaram grau de parentesco com essas pessoas. Verificamos ainda que a maioria dos estudantes (72,9%) contactava com pessoas idosas mais de 5 vezes por mês.

Como exibe a Tabela 1, é de salientar as atitudes positivas em relação à velhice, expressa pelos itens: “É na juventude que se pode ter o máximo de satisfação na vida” = 3,79 (DP=1,07); “É difícil enfrentar a ideia da própria morte” = 3,76 (DP=1,03); “Detesto pensar que o meu cônjuge ou companheiro poderá morrer antes de mim” = 3,72 (DP=1,04); “Fico preocupado quando penso que um dia vou ficar velho” = 2,79 (DP=1,18); “É possível ter vida sexual ativa na velhice” = 1,60 (DP=0,96); “Espero continuar a sentir-me bem comigo mesmo, independentemente da idade” = 1,24 (DP=0,80); “Quando eu for velho, espero sentir-me tão feliz quanto na minha juventude” = 1,43 (DP=0,88) e “É possível encontrar companheirismo na velhice” = 1,33 (DP=0,81).

No entanto, os estudantes também apresentam atitudes negativas ao considerar que “Existem poucas possibilidades de ter sentimentos de realização na velhice” = 1,50 (DP=0,95); “Quando eu for velho, a maioria das coisas que farei serão chatas e desinteressantes” = 1,50 (DP=0,95) e “A velhice é o período mais sombrio da vida” = 1,71 (DP=0,97).

Salientamos ainda que a média das pontuações atribuídas pelos estudantes nos itens do Inventário de Sheppard foi de = 2,03 (DP = 0,42). Em geral, este valor indica que as atitudes foram positivas. A pontuação para cada fator do Inventário de Atitudes em Relação à Velhice estavam abaixo do ponto médio nas dimensões “Expectativas quanto à atividade” e “Expectativas em relação a satisfação” (= 1,70, DP = 0,51 e = 1,71, SD = 0,65, respetivamente) e acima do ponto médio da escala dimensão “A ansiedade sobre a morte” e “Sentimentos em relação à velhice” (= 2,07, DP=0,72 e = 2,70, DP = 0,50, respetivamente).

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

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

ITEMS	n=221			
		SD	Mo	Min- Max
1 - É na juventude que se pode ter o máximo de satisfação na vida	3,79	1,07	4	1-5
2 - Fico preocupado quando penso que um dia vou ficar velho	2,79	1,18	2	1-5
3 - Existem poucas possibilidades de ter sentimentos de realização na velhice	1,50	0,95	1	1-5
4 - É possível ter vida sexual ativa na velhice	1,60	0,96	1	1-5
5 - Espero poder desfrutar a minha velhice	1,23	0,85	1	1-5
6 - Não há motivos para que um idoso não permaneça ativo	2,04	1,16	1	1-5
7 - É difícil enfrentar a ideia da própria morte	3,76	1,03	4	1-5
8 - A vida oferece pouco aos velhos, além de preocupação e desconforto	1,90	1,02	1	1-5
9 - Quando eu for velho, espero ter mais tempo livre e menos responsabilidades	2,48	1,02	2	1-5
10 - Sinto medo ao pensar na debilidade física ocasionada pela velhice	2,28	1,01	2	1-5
11 - A velhice é o período mais sombrio da vida	1,71	0,97	1	1-5
12 - Espero continuar a sentir-me bem comigo mesmo, independentemente da idade	1,24	0,80	1	1-5
13 - É melhor morrer cedo do que enfrentar a velhice nesta sociedade	1,70	1,04	1	1-5
14 - Quando eu for velho, a maioria das coisas que farei serão chatas e desinteressantes	1,50	0,95	1	1-5
15 - Quando eu for velho, espero sentir-me satisfeito com o que realizei na vida	1,22	0,76	1	1-5
16 - Acho que vou sentir-me solitário na velhice	2,05	1,04	1	1-5
17 - Detesto pensar que o meu cônjuge ou companheiro poderá morrer antes de mim	3,72	1,11	4	1-5
18 - Quando eu for velho, espero sentir-me tão feliz quanto na minha juventude	1,43	0,88	1	1-5
19 - É possível encontrar companheirismo na velhice	1,33	0,81	1	1-5
20 - Na velhice é possível perceber que valeu a pena viver a vida	1,37	0,84	1	1-5

Discussão dos resultados

No presente estudo, no geral a média das pontuações atribuídas pelos estudantes nos itens do inventário de Sheppard indica uma atitude positiva destes face à velhice. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Eltantawy (2013), Feenstra (2012) e Bleijenberg; Jansen e Schuurmans (2012). Eltantawy (2013) confirmou que estu-

dantes de enfermagem tinham falta de conhecimento sobre envelhecimento, possuíam uma atitude positiva em relação às pessoas idosas e mostravam intenção de trabalhar com estas. Feenstra (2012) verificou que os estudantes apresentavam atitudes positivas e que estas iam aumentando ao longo do curso. Já os resultados de Bleijenberg; Jansen e Schuurmans (2012) mostraram que os estudantes de enfermagem holandeses tinham um nível de conhecimento moderado sobre as pessoas idosas e que as suas atitudes em relação às pessoas idosas mudaram ligeiramente ao longo do curso, no entanto os estudantes do 4º ano mostraram-se interessados em trabalhar com pessoas mais velhas.

Outros estudos revelaram resultados opostos ao nosso (Deltsidou et al., 2010 e Zambrini et al., 2008). Os primeiros verificaram que os estudantes de enfermagem consideravam que prestar cuidados a pessoas idosas não era interessante. Zambrini et al. (2008) verificou que 89% dos estudantes no final de cursos na área da saúde (medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, enfermagem, psicologia, trabalho social e odontologia) tinham atitudes negativas face aos idosos. Verificaram ainda que os estudantes do sexo feminino tinham atitudes mais positivas que os do sexo masculino e que apenas os estudantes de psicologia e fisioterapia mostraram interesse em escolher a geriatria como especialidade.

Em Portugal, Gonçalves et al. (2011) num estudo transversal, com estudantes dos cursos de enfermagem, serviço social e psicologia demonstraram existir diferenças significativas entre os grupos, relativamente a conhecimento, atitudes sobre o envelhecimento e interesse em trabalhar com adultos mais velhos. Os estudantes de enfermagem e serviço social exibiram atitudes mais positivas, conhecimentos e interesse em trabalhar com pessoas idosas, quando comparados com os estudantes de psicologia. Os mesmos autores demonstraram ainda que o interesse em trabalhar com os idosos encontrava-se significativamente relacionado com atitudes positivas, mais conhecimento e contacto prévio formal. Concluíram também, que as atitudes positivas em relação aos idosos podem ser promovidas através da interação com professores e especialistas, aquisição de conhecimento sobre as alterações normativas do envelhecimento e o contacto com idosos saudáveis e doentes.

Apesar de alguma literatura apresentar que o processo de envelhecimento é visto de uma forma negativa e que muitos indivíduos manterão uma visão ageista das pessoas idosas (Allan, Johnson e Emerson, 2014), consideramos que o conhecimento sobre geriatria/gerontologia e o contacto clínico com pessoas mais velhas contribui para atitudes positivas dos estudantes de enfermagem em relação à velhice. Tal como este estudo demonstra.

A experiência de viver com idosos, também tem um impacto positivo no desenvolvimento de atitudes positivas com idosos (Sarath; Yamuna e Sidiah, 2016; Swanlund e Kujath, 2012; Henderson et al., 2008). No entanto, não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre as dimensões do Inventário e as variáveis idade, sexo e coabitação com pessoas idosas.

Como limitações do estudo, elencamos o facto de a investigação ter sido desenvolvida em apenas uma instituição de ensino de enfermagem, o que não permite a generalização dos resultados.

Conclusões

Face ao aumento da população idosa em Portugal, é gratificante que os futuros enfermeiros apresentem atitudes positivas face à velhice. Estes resultados sugerem a necessidade de continuar a enfatizar os conhecimentos teóricos acerca do processo de envelhecimento e a prestação de cuidados a idosos durante o percurso académico dos estudantes para promover a construção de atitudes positivas em relação à velhice e contribuir para melhorar a qualidade

dos cuidados de enfermagem prestados aos idosos. Esta, por sua vez, poderá resultar numa experiência positiva e recompensadora ao longo da vida profissional dos profissionais de enfermagem.

No entanto, recomendamos que se realizem estudos para determinar os fatores que influenciam as atitudes dos estudantes face às pessoas idosas, as atitudes dos professores de enfermagem, assim como as atitudes dos enfermeiros dos locais de estágio. Importa ainda refletir sobre o papel das escolas de enfermagem em relação ao ensino da geriatria/gerontologia.

Referências bibliográficas

ALLAN, Linda; JOHNSON, James e EMERSON, Scott. The role of individual difference variables in ageism. *Personality and Individual Differences*, 2014, vol. 59, pp. 32-37.

BLEIJENBERG, Nienke; JANSEN, Michel e SCHUURMANS, Marieke. Dutch nursing students' knowledge and attitudes towards older people - a longitudinal cohort study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2012, vol. 2, nº 2, pp. 1-8.

DELSIDOU, Anna et al. Nurse teachers and student nurses attitudes towards caring the older people in a province of Greece. *Health Science Journal*, 2010, vol. 4, nº 10, pp.245 -257.

ELTANTAWY, Soad. Relation between Nursing Students' Knowledge of Aging and Attitude towards Elderly People and Their Will and Intent to Work with the Elderly. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2013, vol. 4, nº 27, pp.125-136.

FEENSTRA Anna. *Student attitudes toward older adults*. Honors Thesis apresentada à Carl and Winifred Lee Honors College, Western Michigan University, 2012.

GONÇALVES, Daniela et al. Attitudes, knowledge, and interest: preparing university students to work in an aging world. *International Psychogeriatrics*, 2011, vol. 23, nº 2, pp. 315-321.

HENDERSON, Julie et al. Older people have lived their lives: first year nursing students' attitudes toward older people. *Contemporary Nurse*, 2008, vol.30, nº 1, pp.32-45.

HWEIDI, Issa; AL-OBEISAT, Salwa. Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Nurse Education Today*, 2006, vol.26, nº 1, pp. 23-30.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Destaque – Informação à Comunicação Social. Lisboa: INE, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *PORDATA. Retrato de Portugal na Europa*. Lisboa: INE, 2015.

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

PINTO, Bruna (2012). *Conhecimentos e Atitudes dos Profissionais de Saúde face aos Idosos*. Tese de Mestrado em enfermagem de reabilitação, apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial de envelhecimento e saúde – resumo*. Genebra: OMS, 2015.

SARATH, Rathnayake; YAMUNA, Athukorala e SIDIAH, Siop. Attitudes toward and willingness to work with older people among undergraduate nursing students in a public university in Sri Lanka: A cross sectional study. *Nurse Education Today*, 2016, vol. 36, pp.439-444.

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

SWANLUND, Susan e KUJATH, Amber. Attitudes of baccalaureate nursing students toward older adults: a pilot study. *Nursing Education Perspectives*, 2012, vol.33, nº 3, pp.181-183.

ZAMBRINI, DIEGO et al. Attitudes toward the elderly among students of health care related studies at the University of Salamanca, Spain. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2008, vol. 28, nº 2, pp. 86-90.

Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados

Maria José Peixoto¹; Rui Pereira²; Alice Martins³; Teresa Martins⁴ & Céu Barbieri⁵

¹Professora Coordenadora, ESEP (mariajose@esenf.pt); ²Professor Adjunto, ESE-Minho (ruipereira@ese.uminho.pt); ³Enfermeira Chefe, ULISM (m.alice.martins1@gmail.com); ⁴Professora Coordenadora, ESEP (teresam@esenf.pt); ⁵Professora Coordenadora, ESEP (ceu@esenf.pt).

Resumo

Enquadramento: Têm-se demonstrado uma série de barreiras à prática baseada na evidência (PBE) no entanto a maioria das investigações foram realizadas exclusivamente em ambientes de cuidados diferenciados/hospitalares.

Objetivos: identificar barreiras à PBE entre contextos de cuidados e descrever as atitudes/práticas dos enfermeiros em relação à PBE.

Método: estudo transversal, incluindo enfermeiros do hospital e dos cuidados de saúde primários. A colheita de dados decorreu entre dezembro de 2010 e julho de 2012. Aplicou-se a uma amostra de conveniência o “Questionário de Atitudes face à Prática Baseada em Evidência”, sendo a taxa de resposta de 70,7% (n=244).

Resultados: os enfermeiros demonstraram ser positivo apoiar as práticas com base em investigação, acreditando que isto trará um melhor desenvolvimento para a profissão. Ao compararmos contextos verificou-se a existência de facilitadores cuja média é maior em contexto hospitalar e de dificultadores com médias superiores no contexto dos cuidados de saúde primários.

Conclusão: constata-se a necessidade de suporte adicional na adoção da PBE sendo para tal essencial dinamizar uma política integrada de investigação clínica.

Palavras-chave: Enfermagem Baseada em Evidência; Prática Clínica Baseada em Evidências; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados de Saúde

Abstract

Background: There has been demonstrated a number of barriers to evidence-based practice (EBP) however most of the researches were carried out exclusively in acute / hospital care environments.

Objectives: identify barriers to EBP between care settings and describe the attitudes / practices of nurses related to EBP.

Method: cross-sectional study, including nurses working in hospital and primary health care. Data collection took place between December 2010 and July 2012. Was applied to a convenience sample the “Attitudes to Evidence Based Practice Questionnaire” with a response rate of 70.7% (n = 244).

Results: nurses demonstrated positive conviction on supporting practices based on research, believing that this will bring a better development for the profession. Comparing contexts we verified the existence of facilitators whose average is higher in the hospital setting and hindering averaging higher in the primary care context.

Conclusion: It is necessary to adopt additional support to EBP being essential to stimulate an integrated clinical research policy.

Keywords: Evidence-Based Nursing; Evidence-Based Practice; Primary Health Care; Health Care

Introdução

A prática de enfermagem baseada na evidência é definida como o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência científica, recorrendo à sua experiência clínica e às preferências do paciente, no contexto dos recursos disponíveis. A PBE afigura-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

A importância especial e crescente da PBE, justifica a este nível o desenvolvimento de investigação destinada a identificar com maior precisão a situação sobre o diagnóstico às atuais barreiras e atitudes face à PBE. Concomitantemente, os objetivos definidos para esta pesquisa foram: a) identificar barreiras percebidas face à adoção de uma prática de enfermagem baseada na evidência em diferentes contextos de cuidados, cuidados de saúde primários (comunidade) e cuidados de saúde diferenciados (hospitalar); b) descrever as atitudes e práticas dos enfermeiros em relação à prática baseada em evidência.

Metodologia

Estudo transversal, exploratório, descritivo e metodológico, que decorreu numa unidade local de saúde do norte de Portugal. Foram incluídos os enfermeiros a exercerem nos cuidados de saúde primários: Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Pública, e no contexto hospitalar: Serviços de Medicina – Internamento; Serviços de Cirurgia – Internamento e Cuidados Intensivos Cirúrgicos e Especialidades - Pediatria, Obstetrícia e Consulta Externa. Relativamente aos contextos comunitários, a recolha de dados efetuou-se entre dezembro de 2010 e março de 2011, tendo-se obtido 95 inquéritos válidos. No período compreendido entre março e julho de 2012, colheram-se os dados relativos ao contexto hospitalar, tendo sido respondidos 149 questionários. Através de uma amostra de conveniência, foram obtidos 244 inquéritos válidos de um total de 345 inquéritos distribuídos (taxa de resposta de 70,7%). Utilizou-se o *Questionário de Atitudes face à Prática Baseada em Evidência* (Pereira, Cardoso & Martins, 2013) traduzido e adaptado do *Evidence-Based Practice Questionnaire* (Mckenna, Ashton & Keeney, 2004). Trata-se de um questionário de autopreenchimento constituído por 26 questões dirigidas

às atitudes e barreiras face ao uso da prática baseada em evidência, recursos da informação/investigação disponíveis nos cuidados de saúde e ainda, pelas variáveis sociodemográficas. O questionário é avaliado com recurso a uma escala de *Likert* (que varia de (1) discordo totalmente a (5) concordo totalmente). Para analisar a validade do constructo, recorremos à Análise dos Componentes A fiabilidade do questionário foi avaliada com recurso ao alfa de Cronbach. ($\alpha = 0,60$) (Pereira, Cardoso & Martins, 2013). Foram garantidas todas as autorizações inerentes ao desenvolvimento do estudo. A informação recolhida foi processada através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0, utilizando análise estatística descritiva univariada. A comparação de médias entre amostras independentes foi efetuada através do teste *t Student*. A associação entre variáveis nominais foi analisada recorrendo ao teste não-paramétrico Qui-quadrado (χ^2) (Pestana & Gageiro, 2003).

Resultados

Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (85,8%), com idades entre os 31-40 anos (46,3%), seguido de 21-30 anos (32,4%). Em termos profissionais, 36,1% classificaram-se como enfermeiros graduados, 33,2% enfermeiros generalistas, 26,6% enfermeiros especialistas e 2,9% como enfermeiros chefes. Em termos de vínculo laboral, verificamos que 66,0% dos enfermeiros detinham um contrato de trabalho por tempo indeterminado. Dos participantes 80,7% tinham o Curso de Licenciatura em Enfermagem, 6,1% o Bacharelato em Enfermagem, 12,3% possuíam formação académica pós-graduada (mestrado ou doutoramento) e 14,8 estavam a frequentar uma pós-graduação em diferentes áreas da saúde. Cerca de 48,4% detinham uma especialização em enfermagem, constatando-se uma predominância da área de enfermagem comunitária 15,6%. Observou-se que apenas 26,3% dos enfermeiros haviam estado envolvidos, com estatutos variáveis e heterogêneos, em diversos projetos de investigação.

Quando inquiridos acerca do acesso à *internet* no local de trabalho 97,1% referiram ter acesso, sendo que 61,9% podem fazê-lo livremente e 25,8% fazem-no com limitações de tempo. Quanto ao acesso no domicílio 75,0% dos enfermeiros mencionam ter acesso ilimitado e 14,8% referem ter acesso limitado. Referem ainda que acedem diariamente 80,3% e pesquisam sítios com base em evidências 39,8%, jornais *online* 49,6%, sítios oficiais 37,7% e bases de dados 45,5%.

Na figura 1 estão descritas as principais fontes de informação/conhecimento que os enfermeiros usam para apoiar a prática. Constatamos que as fontes mais utilizadas são os protocolos; em contrapartida, a consulta em revistas científicas surge de entre as estratégias menos utilizadas.

Os inquiridos referem que a sua prática clínica diária é baseada em evidência tendo-se obtido, numa escala de 0 a 100%, uma média de 65,7%.

Quando questionados sobre atitudes e barreiras à prática baseada em evidência (Tabela 1) e considerando apenas as médias superiores a 50%, (16 num total de 26 itens), destacamos que, entre outros aspetos, os enfermeiros reconhecem a importância de basear as suas práticas na evidência científica e identificam como barreiras a falta de confiança e experiência na investigação.

Figura 1: Fontes de informação utilizadas pelos enfermeiros

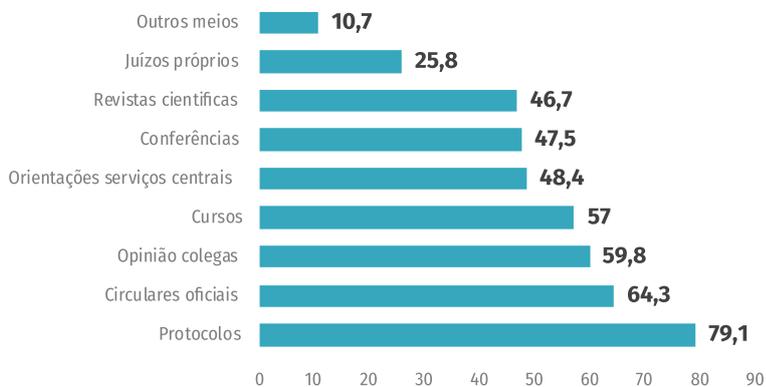


Tabela 1 : Barreiras e atitudes face à prática baseada na evidência

Posição	Barreiras / Atitudes	DT/D (%)	NTC (%)	C/CT (%)
1º	Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional.	1,2	9,0	89,8
2º	Sinto que há benefícios em alterar a minha prática, com base na investigação.	3,3	9,8	86,9
3º	Sentir-me-ia mais confiante se alguém experiente em investigação me fornecesse informação relevante.	6,1	12,7	81,2
4º	Acho que a adesão dos clientes é um fator fundamental na utilização da evidência.	6,1	18,0	75,8
5º	Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente.	10,2	16,0	73,8
6º	Sinto confiança em utilizar o computador para pesquisar informação baseada na evidência.	11,5	17,2	71,3
7º	Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência, seja usada eficazmente no meu exercício clínico.	15,1	15,2	69,7
8º	Acredito nos resultados da investigação que leio.	5,3	29,1	65,5
9º	Não há dinheiro suficiente para financiar investigação sobre cuidados de saúde.	10,2	28,7	65,5
10º	Sinto-me confiante na minha capacidade, para avaliar a qualidade dos artigos de investigação.	7,8	27,5	64,8
11º	Não há incentivos para desenvolver as minhas competências de investigação, para utilização na prática clínica.	16,8	20,9	62,3
12º	Sei como pesquisar informação baseada na evidência.	11,0	27,9	61,0
13º	Creio que a aplicação da investigação à prática depende, até certo ponto, de quanto é que isso vai custar.	21,3	18,4	60,3

14º	Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes tem resultados contraditórios.	10,7	30,7	58,6
15º	Acho que as chefias apoiam a utilização da prática baseada em evidência	17,3	27,5	55,4
16º	Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que, presente-mente, acontecem no meu contexto de trabalho.	27,0	20,9	52,0

Legenda: DT/D – Discordo Totalmente/Discordo; NTC – Não Tenho a Certeza; C/CT – Concordo / Concordo Totalmente

Quando comparamos os profissionais de acordo com os diferentes contextos de trabalho, hospitalar e comunitário, constatamos que não se registam estatisticamente diferenças ($p = 0,05$) entre a caracterização socioprofissional e o contexto da prática clínica. Observando os resultados obtidos através do preenchimento da escala, de acordo com os dois contextos de exercício em análise, verificaram-se os seguintes resultados (Tabela 2) com significância estatística ($p \leq 0,05$).

Atitude / Barreira	Contexto	t	p
Acho difícil aceder regularmente à biblioteca	H	-3,563	,000
	C	-3,510	
Acho que as chefias apoiam a utilização da PBE	H	2,488	,014
	C	2,481	
Acho que a investigação específica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade	H	-2,963	,003
	C	-2,869	
Acho que os artigos de investigação não são de fácil compreensão	H	-2,963	,003
	C	-2,963	
Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças	H	-2,300	,022
	C	-2,341	
Sei como pesquisar informação baseada na evidência	H	3,791	,000
	C	3,729	
Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados	H	2,502	,013
	C	2,433	
Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes tem resultados contraditórios	H	3,690	,000
	C	3,611	
Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente	H	-2,857	,005
	C	-2,943	

Legenda: H – Hospital; C – Comunidade

Ao compararmos as médias entre ambos os contextos verificou-se que numa perspetiva favorável à adoção de uma PBE, existem fatores facilitadores cuja média é maior em contexto hospitalar, nomeadamente: “Acho que as

chefias apoiam a utilização de Prática Baseada na Evidência”; “Sei como pesquisar informação baseada na evidência” e “Os recursos informáticos de que disponho no local de trabalho são adequados para pesquisar literatura baseada na evidência”. No sentido inverso, constata-se que no Centro de Saúde são percebidas dificuldades no âmbito da PBE: “Acho difícil aceder regularmente à biblioteca mais próxima”; “Acho que a investigação disponível específica para a minha área de trabalho é de fraca qualidade”; “Acho que os artigos de investigação não são de fácil compreensão”; “Acho difícil manter-me a par de todas as mudanças que acontecem presentemente no meu contexto de trabalho”; “Tenho constatado que a literatura de investigação por vezes reporta resultados contraditórios” e “Creio que deveria fazer formação para me ajudar a utilizar a investigação eficazmente”.

Nos restantes itens da escala, não se encontram diferenças estatisticamente significativas, sendo de destacar uma sobreposição entre os resultados obtidos independentemente dos contextos. De entre estas situações e por apresentarem sobreposição total (médias iguais), realçam-se os seguintes itens: “Muita da investigação disponível não é relevante para a minha prática profissional”; “Os resultados da investigação não são facilmente transferíveis, frequentemente, para a minha prática clínica” e “Implementar práticas baseadas na evidência trará benefícios para o meu desenvolvimento profissional”.

Discussão

Reconhecendo a centralidade e importância atribuída à PBE é importante caracterizar e conhecer a realidade atual de modo a definir estratégias e sustentar intervenções que se traduzam na adoção das melhores práticas clínicas com base na melhor evidência científica disponível.

Neste contexto a utilização de uma metodologia descritiva e exploratória, apresentou-se-nos como a mais adequada para dar resposta aos objetivos.

Consideramos ter tido uma boa taxa de respostas (70,7%) mais elevada do que noutros estudos (Mckenna, Ashton & Keeney, 2004; Cummings, Hutchinson, Scott, Norton & Estabrooks, 2010). A maioria dos participantes era do sexo feminino o que era previsível atendendo à profissão. Situavam-se numa faixa etária predominantemente jovem, detendo licenciatura em enfermagem.

No que concerne à procura de informação, praticamente todos os enfermeiros disseram ter acesso à *internet*, sendo que a maioria o pode fazer no local de trabalho sem tempo limitado, facto que nos parece importante pois facilita a pesquisa no sentido de melhor basear a prática em evidência científica. Num estudo anterior (Mckenna, Ashton & Keeney, 2004), o número de enfermeiros com acesso ilimitado à *internet* era inferior ao verificado na atual investigação, no entanto esta realidade deverá ser alvo de ponderação, considerando o tempo decorrido entre a realização de ambas as pesquisas.

A maior parte dos enfermeiros acede diariamente à *internet*, contudo verificamos que as orientações emanadas pela instituição e até a opinião dos colegas surgem como o meio mais utilizado como fontes de informação para a prática, ao contrário da consulta de artigos em revistas científicas. Também Ferrito (2007) constatou que 99% dos enfermeiros, em primeiro lugar, solicitam a opinião dos colegas.

Encontramos um valor sobreponível com o verificado por Mckenna, Ashton e Keeney (2004) e Pereira, Cardoso e Martins (2012) em relação à média diária da prática baseada em evidência. Sendo elevado o número de participantes detentor ou a frequentar formação pós-graduada, seria expectável que este valor médio repercutisse esse mesmo nível avançado de formação, no entanto tal não é corroborado pelos dados empíricos.

Apesar dos enfermeiros serem detentores de formação superior os enfermeiros da prática não percecionem como barreiras importantes as dimensões relacionadas com a qualidade da investigação (Casbas, Gallego, María & Miguel, 2010) e isto poderia ser explicado pelos seus próprios hábitos reduzidos de leitura, o que poderá implicar um desconhecimento das características da investigação, verificando-se portanto dificuldade em considerá-las como barreiras. Também se considerou a própria falta de uma sólida formação em metodologias de investigação.

Contudo, apesar de no estudo efetuado se ter quantificado em 34,3% a prática clínica diária que não é percecionada como baseada nas evidências, os enfermeiros demonstraram claramente a convicção de que é positivo apoiar as práticas com base em investigação, acreditando que este facto trará um melhor desenvolvimento para o seu futuro profissional. No entanto, sentir-se-iam mais confiantes, se houvesse uma pessoa com experiência em investigação para ajudar na utilização efetiva de pesquisas.

As principais barreiras relatadas neste estudo mostram consistência com os obstáculos identificados noutros estudos (Pereira, Cardoso & Martins, 2012; Fink, Thompson & Bonnes, 2005). No geral, as barreiras identificadas são de várias etiologias, tais como dimensão pessoal, organizacional, cultural e científica. Mesmo considerando as mudanças no estatuto profissional e formação dos enfermeiros ao longo dos tempos, os resultados destacam que dimensões como o tempo, habilidades/capacidades e papel percebido na pesquisa ainda são vistos como os principais constrangimentos na consecução da prática baseada em evidências clínicas entre os enfermeiros. Outros autores (Chien, 2010; Solomons & Spross, 2011; González-Torrente, Pericas-Beltrán, Ben-nasar-Veny, Adrover-Barceló, Morales-Acensio & Pedro-Goméz, 2012) referem ainda que, embora os enfermeiros pareçam mais confiantes sobre a sua capacidade de começar a implementar novas práticas, a falta de autoridade e de apoio, bem como a cultura organizacional não recetiva a mudanças, são vistas como contrárias à implementação da prática baseada em evidências em enfermagem.

Apesar do processo da tomada de decisão ter vindo a ser estudado, há ainda alguma escassez de investigação no que concerne à informação utilizada para a tomada de decisão. Alguns investigadores (Bakalis, 2006, Brown, Ecoff, Kim, Wickline, Rose, Klimpel & Glaser, 2010) defendem que para que ocorra o desenvolvimento de uma prática segura e profissional, os enfermeiros necessitam de ter mais conhecimentos, de desenvolver habilidades e confiança efetiva na tomada de decisões. Ao adquirir confiança e praticando em segurança, os enfermeiros ficam a conhecer qual o seu papel, quais as limitações e qual a melhor forma de utilizar o conhecimento da investigação na prática. O empoderamento dos enfermeiros é determinante para o desenvolvimento da profissão e conseqüente obtenção de ganhos em saúde pela população.

Tal como demonstrado num estudo publicado muito recentemente (Stokke, Olsen, Espehaug & Nortvedt, 2014), também nós verificamos que os enfermeiros têm uma atitude positiva em relação à prática baseada em evidências, mas a sua transposição e adoção na prática clínica ocorre a uma escala menor, abrindo deste modo a porta para um posterior investimento no estudo do fenómeno de translação relativamente à PBE nos profissionais de enfermagem. Ainda de acordo com estes autores, verificou-se no presente estudo que, para além dos conhecimentos exigidos em termos de PBE, também a participação em grupos de trabalho sobre prática baseada em evidências se assume como importante. Complementarmente, subscrevemos na íntegra o posicionamento plasmado por alguns autores (Kajermo, Boström, Thompson, Hutchinson, Estabrooks & Wallin, 2010; Solomons & Spross, 2011; Brown, Ecoff, Kim, Wickline, Rose, Klimpel & GlaseD, 2010; Squires, Hutchinson, Bostrom, O'Rourke, Cobban & Estabrooks, 2011) que defendem que, sendo fundamental a identificação de barreiras à PBE, esta, de modo a ser efetiva e produtiva, deverá ser efetuada considerando em

concreto os contextos específicos de intervenção onde se queira implementar e/ou reforçar o uso de evidências científicas na prática clínica.

Conclusão/implicações para a prática

Com os resultados da investigação, apercebemo-nos da necessidade de um melhor suporte para a PBE de todos os enfermeiros da prática. Para isso é essencial a criação de parcerias com as escolas de enfermagem e uma política integrada de investigação clínica, envolvendo sempre uma participação ativa dos enfermeiros. É também fundamental que as organizações/instituições governamentais ofereçam as condições necessárias para apoiar e promover a PBE. Neste ponto, provavelmente, o principal papel da organização neste processo deve ser a assunção pública da importância de uma PBE por parte dos enfermeiros. Com esta declaração, as organizações devem fornecer o estímulo obrigatório e necessário para a equipa de trabalho de enfermagem.

É importante o desenvolvimento da tomada de decisão na educação dos enfermeiros e que estes percebam o seu conhecimento quando agem na prática clínica. A tomada de decisão pode e deve ser ensinada, sendo que o processo de ensino/aprendizagem deve ser baseado no conhecimento da melhor evidência científica.

Referências bibliográficas

- BAKALIS, N. Clinical decision-making in cardiac nursing: a review of the literature. *Nursing Standard*. 2006, 21(12), pp. 39-46.
- BROWN, C.E., et al. Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, 19, pp. 1944-1951. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03184.x
- CASBAS, T.M., et al. Barreras para la utilización de la investigación: estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*. 2010, 20(3), pp. 153-64.
- CHIEN, W-T. A survey of nurses' perceived barriers to research utilization in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, 19(23/24), pp. 3584-86.
- CUMMINGS, G.G., et al. The relationship between characteristics of context and research utilization in a pediatric setting. *BMC Health Services Research*. 2010, 10, pp. 168-78.
- FERRITO, C. Enfermagem baseada na evidência: estudo piloto sobre as necessidades de informação para a prática de enfermagem. *Revista Percursos*. 2007, 2(3), pp. 36-40.
- FINK, R., THOMPSON, C., BONNES, D. Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *Journal of Nursing Administration*. 2005, 35(3), pp. 121-29.
- GONZÁLEZ-TORRENTE, S., et al. Perception of evidence-based practice and the Professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *Health Services Research*. 2012, 12, 227.
- KAJERMO, K.N., et al. The BARRIERS scale – the barriers to research utilization scale: a systematic review. *Implementation Science*. 2010, 5(1), pp. 32-54.
- MCKENNA, H., ASHTON, S., KEENEY, S. Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 45(2), pp. 178-89.
- PEARSON, A., et al. O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Referência*. 2010, 2(12), pp. 23-33.
- PEREIRA, R., CARDOSO, M., MARTINS, M. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012, 3(7), pp. 55-62.

PEREIRA, R., CARDOSO, M., MARTINS, M. Validation of the Portuguese Version of the Attitudes to Evidence-Based Practice Questionnaire: An exploratory approach. *Revista Parainfo Digital*. 2013, 7(19). Disponível em <http://www.index-f.com/para/n19/160d.php>

PESTANA, M.H., GAGEIRO, J.N. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Sílabo, 2003.

SOLOMONS, N.M., SPROSS, J.A. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2011, 19, pp. 109–120.

SQUIRES, J.E, et al. To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review. *Implementation Science*. 2011, 6, 21.

STOKKE, K., et al. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2014, 13(8), pp. 5-10.

Novo modelo de gestão nas unidades de saúde familiar e o seu impacto na prática: percepção dos enfermeiros

Ana Vilar¹; Aurora Bastos² & Elisabete Borges³

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta, (avilar@esenf.pt); ²Unidade de Saúde Familiar Lagoa, Enfermeira, (aurora_bastos@hotmail.com); ³Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta, (elisabete@esenf.pt)

Resumo

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) sofreram inúmeras reestruturações, o que acarreta novos desafios, oportunidades e mudanças. Em 2006 iniciou-se o processo de regulamentação e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em 2008, dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Das várias modificações, destacam-se as alterações na gestão das unidades, nomeadamente nas funções a cargo dos enfermeiros.

Este estudo teve como objetivo: descrever a percepção dos enfermeiros sobre o impacto do modelo de gestão das USF, nas suas práticas.

Optou-se por uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório, descritivo e transversal. Participaram no estudo treze enfermeiros pertencentes a um ACeS da zona Norte. Como instrumento de recolha de informação, selecionou-se a entrevista semi-estruturada e para a análise dos dados, a análise de conteúdo, do tipo temática, segundo Bardin (2010). O impacto do modelo de gestão das USF evidencia: a sobrecarga de trabalho, a remuneração não adequada às funções, a desigualdade nas relações de poder, a autonomia profissional de enfermagem, as dinâmicas de trabalho, a melhoria da qualidade, e a realização pessoal e profissional.

Palavras-chave: Gestão; Cuidados de Saúde Primários; Mudança Organizacional; Enfermagem

Abstract

New model for the management of family health units and its impact on practice: the nurses' perception

The Primary Health Care (CSP) were subjected to several restructurings, which brought new challenges, opportunities and changes. In 2006, the Family Health Units' (USF) regulation and implementation process began, and in 2008 the same process was initiated regarding the Health Center Groups (ACeS). The most outstanding changes were those related to the unit's management, especially in what concerns the nurses' tasks.

This study objective was: to describe the nurses' perception regarding the impact of the USF management model on their tasks.

The approach chosen was a quality one, of an exploratory, descriptive and transversal kind. Thirteen nurses from a northern ACeS took part on this study. The semi-structured interview was selected as an information gathering instrument, whereas the theme content analysis was chosen for the data analysis, according to Bardin (2010). The impacts of USF management model shows: overwhelming workflow, inadequate salary considering the role, power relations' unevenness, nursing professional autonomy, work dynamics, quality improvements, personal and professional realization.

Keywords: Management; Primary Health Care; Organizational Change; Nursing

Introdução

Uma das várias modificações decorrentes da reforma dos CSP prende-se com as alterações nas funções de gestão dos enfermeiros. Para além disso, a própria carreira de enfermagem sofreu transformações nos últimos anos, sendo que umas e outras trouxeram várias repercussões na prática da profissão.

Em 2006, regulou-se e iniciou-se a implementação das USF, unidades dotadas de autonomia organizativa, funcional e técnica, onde está preconizado um modelo de gestão participativa, sendo a estrutura orgânica constituída por: coordenador da equipa (médico), conselho geral (todos os elementos da equipa) e conselho técnico (médico e enfermeiro, escolhidos pelos seus pares).

Existem já alguns estudos sobre o impacto das mudanças na área da saúde, na prática de enfermagem. Carvalho (2009) denotou, através do seu estudo, o sentimento de não envolvimento dos enfermeiros no processo de mudança organizacional. Perante uma mudança, que consideraram imposta, os enfermeiros não encontraram satisfação nas novas condições de trabalho. Contudo, este autor realça que as equipas foram capazes de desenvolver estratégias que lhes permitiram uma eficaz adaptação à nova realidade, concluindo que o papel do enfermeiro chefe foi crucial. Maciel (2011) corrobora este pressuposto, defendendo que o enfermeiro chefe foi a figura de coesão que centraliza o objetivo comum. A anulação dos enfermeiros chefes acarretou também outras consequências negativas, como a perda da liderança, aumento da carga de trabalho, carência de disciplina e desacreditação da profissão.

Metodologia

Este estudo, integrado no paradigma qualitativo, do tipo exploratório, descritivo e transversal, teve como objetivo descrever a perceção dos enfermeiros sobre o impacto do modelo de gestão das USF, nas suas práticas.

Optou-se por uma amostra de conveniência. Definimos como critérios de inclusão: enfermeiros a exercer atualmente funções numa USF; ter tido experiência anterior com outro modelo de gestão em CSP; não pertencer ao conselho técnico da USF e/ou assumir funções de gestão.

Foram efetuadas um total de 13 entrevistas. Os 13 participantes pertencem a um ACeS da zona Norte. Destes, 23,1% são do sexo masculino e com uma média de idades de 35 anos (mínimo 28 e máximo 56). Em relação ao estado civil, 23,1%, são solteiros. Relativamente à caracterização profissional, 69,2% são licenciados e 30,8% apresentam formação pós-graduada. Relativamente ao tempo de exercício na profissão apresentam uma média de 13 anos (mínimo de 5 e máximo de 35) e no serviço atual, uma média de 2 anos. Por último, tinham tempo de exercício profissional em CSP, em média de 8 anos, com uma amplitude entre os 2 e 13 anos.

A entrevista semi-estruturada foi a técnica de recolha da informação selecionada. Foram efetuadas duas entrevistas pré-teste e foram cumpridos todos os procedimentos e considerações éticas inerentes ao processo investigativo.

Os dados recolhidos foram sujeitos a uma análise de conteúdo segundo Bardin (2010), através de um processo de categorização temático, tendo por base a categoria estabelecida à priori, baseada nos objetivos da investigação.

Resultados e discussão

No quadro 1 apresentam-se as subcategorias encontradas após análise dos discursos dos participantes, relativamente à categoria *Impacto na prática do novo modelo de gestão*.

Tabela 1: **Impacto na prática do novo modelo de gestão**

Categoria	Subcategoria	Unidade de Enumeração
IMPACTO NA PRÁTICA DO NOVO MODELO DE GESTÃO	Sobrecarga de trabalho	10
	Remuneração não adequada às funções	7
	Desigualdade nas relações de poder	6
	Autonomia profissional de enfermagem	6
	Dinâmicas de trabalho	6
	Melhoria da qualidade	4
	Realização pessoal e profissional	3

Sobrecarga de Trabalho

O novo modelo de gestão das USF, pela gestão participativa, acresce ao trabalho assistencial, funções de gestão a cada elemento da equipa. A resposta dos participantes agrupa-se na subcategoria sobrecarga de trabalho, como se pode verificar ao referirem, por exemplo: “ (...) carga de trabalho aumentou e muito com o modelo USF (...). (...) além do trabalho que já tinhas, agora tens o trabalho mais isto tudo (...) e as mesmas horas (...).” (E13). Maciel (2011) atesta que o modelo de gestão adotado por cada organização afeta as condições de trabalho o que, em última instância, tem repercussões no comportamento e desempenho dos trabalhadores. Jodas e Haddad (2009) concluíram que os profissionais, quando sujeitos a fatores stressantes, como cargas excessivas de trabalho, podem desenvolver doenças do foro psíquico, entre elas a síndrome de *burnout*.

De ressaltar, ainda, que esse aumento da carga do trabalho manifestado colidiu com a prática clínica, pois houve “Uma sobrecarga de trabalho. Muitas tarefas que estávamos habituados (...) que fossem da responsabilidade do chefe (...). (...) acarretou mais trabalho e menos tempo (...) para fazer o meu trabalho como enfermeira de família.” (E5).

Remuneração não adequada às funções

Tal como o refere o E4: *“E não somos remunerados para essas responsabilidades.”* O facto de um profissional receber ou sentir que aquilo que recebe é justo, é um dos principais fatores para a satisfação profissional (Krone, Rosa, Cruz, Ferrari, e Fernandes, 2013). Freitas e Souza (2009), para avaliarem a qualidade de vida no trabalho, fizeram uma adaptação do modelo de Walton (1973), em que um dos critérios é a compensação justa e adequada. Ora, os participantes referem que *“(...) e não somos remunerados nem para as funções muito menos como chefe”*. (E3). De facto, a anulação da figura de enfermeiro chefe fez com que as funções de gestão fossem asseguradas por um coordenador que é médico e que houvesse lugar a gestão participativa. Nesta alteração, os enfermeiros não são remunerados pela gestão.

Desigualdade nas Relações de Poder

Com a anulação da figura de chefe deixa de haver a figura de referência de poder que afeta, na prática, tanto a relação entre pares como a representação da classe profissional. Isto foi evidenciado ao verbalizarem que *“(...) não temos uma pessoa que nos represente no serviço (...). (...) nós não temos o poder ou a forma de negociar às vezes, como um enfermeiro chefe tem”*. (E7). Acrescem ainda que *“(...) acho que este modelo do laissez-faire, do cada um faz o que quer (...) não tem muito por onde funcionar.”* (E13). O estilo de liderança *laissez-faire* é caracterizado pela ausência de liderança, sendo que deve ser evitado, por poder desencadear insubordinação e passividade. A gestão participativa, preconizada pelas USF, tem demonstrado vários pontos positivos. Contudo, há sempre uma referência para a importância da existência de um líder que conduza os colaboradores nessa participação (Ribeiro, 2009). Nas USF o que se encontra legislado como figura máxima é um médico e isso tem-se denotado na prática: *“(...) ainda está a ideia de: o médico-chefe (...).”* (E9).

Autonomia profissional de enfermagem

No que concerne à autonomia profissional de enfermagem, o impacto manifestado não foi consensual. Três participantes consideram que houve compromisso da autonomia dos enfermeiros com as alterações de gestão como se pode verificar, por exemplo, *“(...) Perdemos autonomia, perdemos... acabamos por perder respeito (...).”* (E3) e *“Sinto que a nossa responsabilidade enquanto profissionais independentes se está a diluir um bocadinho e fica na sombra daquilo (...) que é o gestor principal que é o médico. (...) ele intromete-se em assuntos que não devia se intrometer e que só dizem respeito à equipa de enfermagem (...).”* (E4).

Por outro lado, também três participantes consideram que houve um desenvolvimento da autonomia profissional de enfermagem e referem que *“O novo modelo de gestão das USF trouxe maior autonomia.”* (E2). A própria legislação atribui às USF autonomia organizativa, funcional e técnica, sublinhando que se encontram salvaguardados os conteúdos funcionais de cada grupo profissional (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto).

Para Ribeiro (2009), os enfermeiros ainda não conseguiram atingir, em plenitude, a sua autonomia profissional, sendo que esta se relaciona com fatores internos e externos à profissão. Apesar de interdependente com outras profissões, a profissão de enfermagem detém conhecimentos próprios que consentem um campo de atuação autónomo.

Dinâmicas de trabalho

Outro impacto manifestado pelos participantes foi nas dinâmicas de trabalho. Foi feita referência ao facto de existir *“(...) maior proximidade e coesão com todos os elementos da equipa, uma vez que todos trabalham em prol de um objetivo comum”*. (E2).

Na área da saúde o trabalho em equipa pode ser visto como uma estratégia de estruturação organizacional difundindo a heterogeneidade funcional, que permite criar uma relação dinâmica e interdependente, com persecução de objetivos comuns (Peixoto, 2012). Foi também referenciada, pelos participantes, a importância das reuniões multiprofissionais, considerando neste caso, os benefícios do trabalho em equipa mais alargada, para além da equipa de enfermagem: “(...) trabalhamos como equipas (...). Temos muitas reuniões multiprofissionais onde são sempre discutidos os assuntos que depois são levados a cabo por esse grupo mas normalmente tudo é discutido em equipa. (...) maior envolvimento, de (...) toda a equipa.” (E12). Para além dos benefícios do trabalho em equipa supracitados, Maciel (2011) acresce que as reuniões de serviço podem favorecer o sentimento de pertença. As reuniões de serviço, embora muitas vezes negligenciadas, são uma prática adotada para atingir uma série de objetivos que não se esgotam na multidisciplinariedade.

De ressaltar, que outros participantes alertam para a existência de dificuldades na gestão de conflitos na equipa. Este aspeto pode ser verificado em unidades de registo como a seguinte: “Quando há algum conflito, penso que o equilíbrio da equipa é mais frágil neste novo modelo. (...)” (E1). O ambiente de trabalho influencia as relações interpessoais e tem impacto direto na produtividade e satisfação profissional (Krone, et al., 2013). As USF, através de uma gestão participativa, procuram um efetivo trabalho em equipa na persecução de objetivos comuns. Contudo, a busca por uma sinergia em grupo, com ênfase na cooperação e crescimento de todos, pode desencadear conflitos que resultam da multiplicidade de pontos de vista.

Melhoria da qualidade

Com a criação das USF, houve uma aposta no desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar que visa a melhoria da qualidade dos serviços prestados. A persecução por uma melhoria contínua é conseguida e monitorizada através da contratualização a que tem de ser sujeita cada USF, alicerçada na gestão por objetivos, orientação para a governação clínica, monitorização do desempenho e acompanhamento. Este aspeto foi evidenciado pelos participantes ao referirem que: “O trabalho é feito de acordo com objetivos e indicadores de saúde e isto traz maior qualidade do serviço prestado e dá também maior acessibilidade aos utentes.” (E2). A governação clínica é assim um dos objetivos das USF com impacto na qualidade. Donabedian (2003) relaciona a qualidade com a consecução do máximo benefício possível, tendo em conta os recursos disponíveis e com o menor risco para o utente. A qualidade deve ser encarada como um sistema de melhoria contínua, com relevo nos processos e nas pessoas, numa procura constante pela satisfação do cliente, trabalhadores e de toda a organização. Todos os envolvidos no processo devem participar no seu desenvolvimento e implementação, de forma a alcançar a sua legitimização e persecução de objetivos de qualidade. De ressaltar que um participante refere que “Não é possível fazer os mesmos cuidados que se faziam com o mesmo horário, mas com mais utentes e ainda acresce a gestão.” (E3). Ora, este aspeto, vai contra o preconizado para as USF. Estas pautam-se por objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. Perante este quadro, torna-se imprescindível que os modelos de gestão otimizem os processos de alocação de recursos de forma a assegurar um atendimento norteado pelas melhores práticas e pela segurança dos clientes.

Realização pessoal e profissional

A realização pessoal e profissional emergiu do discurso dos participantes ao referirem, por exemplo, que o novo modelo de gestão das USF foi importante para “(...) nos sentirmos mais realizados de forma pessoal e profissional”. (E1), o que culminou numa “(...) maior responsabilidade, maior acompanhamento, maior satisfação profissional no que diz respeito ao acompanhamento do utente neste tipo de trabalho.” (E13). Para Castro et al. (2011) a realização pessoal e profissional diz respeito à concretização das hipóteses de desenvolvimento pessoal e profissional,

havendo assim uma relação direta com o desempenho organizacional e com a satisfação profissional. O reconhecimento profissional foi mencionado pelo E9 que refere que “(...) e além disso os nossos utentes começaram a reconhecer o trabalho de enfermagem (...)”. Ferreira e Silva (2012) referem que, atualmente, os enfermeiros acham que a sua profissão não é suficientemente valorizada ou reconhecida e que uma das formas de mudar essa visão pode ser conseguida através da construção do seu próprio corpo de conhecimentos. Também Krone, et al., (2013) concluíram que a representação social do trabalho tem impacto direto na vida do profissional, sendo causador de desgaste quando essa representação é negativa ou diminuta.

Conclusão

Os CSP têm sofrido inúmeras alterações nos últimos anos. A criação das USF e a adoção do novo modelo de gestão tem impacto nas práticas dos profissionais de enfermagem que fazem parte dessas equipas.

De acordo com os participantes, a sobrecarga de trabalho, a remuneração não adequada às funções e a desigualdade nas relações de poder foram os impactos mais sentidos. A autonomia profissional de enfermagem sofreu também alterações sendo que, para alguns participantes, ficou comprometida, enquanto outros consideraram que se obteve maior potencial de desenvolvimento. Os participantes referiram, ainda, que o novo modelo de gestão das USF teve impacto nas dinâmicas de trabalho, na melhoria da qualidade e na realização pessoal e profissional.

Referências bibliográficas

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- CARVALHO, Paula Portela. Mudança Organizacional. Percursos e ideias. *Revista científica do ISCET*, 2009, pp. 81-89.
- CASTRO, Jorge, LAGO, Helena, FORNELOS, Maria da Conceição, NOVO, Patricia, SALEIRO, Rosa Maria e ALVES, Odete. Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2011, pp. 157-172.
- DECRETO-LEI nº 298/2007. D.R. I Série. Nº 161 (07-08-22), p. 5.-5. (s.d.).
- DONABEDIAN, Avedis. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press. 2003.
- FERREIRA Ferreira, Manuela, e Silva, Cristiana Filipa. Reformas da gestão na saúde - desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012, p. 85-93.
- FREITAS, André Luís Policani e SOUZA, Rennata Guarin Bastos. Um modelo para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho em universidades públicas. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*. 2009, vol. 4, pp. 136-154.
- JODAS, Denise Albieri, e HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009, vol 22, pp. 192-197.
- KRONE, Daniela, ROSA, Everton, CRUZ, Maicon, FERRARI, Tainá, e FERNANDES, Thiago. (2013). Qualidade de Vida no Trabalho. *Anais da Mostra Científica do Cesuca*. 2013, vol 1, nº 7, pp. 1-15.
- MACIEL, Cândida. *Mudança Organizacional e Liderança de Enfermagem*. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2011.
- PEIXOTO, Myrian Karla Yaires Veronez. *Perspectivas para o trabalho em equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva*. Tese de Mestrado, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, 2012.
- RIBEIRO, Jorge Manuela Da Silva. *Autonomia profissional dos enfermeiros*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.

O que pensam e o que sabem os adolescentes do 8.º e 10.º de escolaridade sobre educação sexual na escola

Sandra Costa¹ & Lígia Lima²

¹ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa (sandrapc@portugalmail.pt); ²Escola Superior de Enfermagem do Porto. Professor coordenador. Investigadora CINTESIS – *Center for Health Technology and Services Research*.

Resumo

A Educação Sexual é um processo de contínua aprendizagem, que visa a promoção do desenvolvimento de crenças, atitudes e comportamentos saudáveis relacionados com a sexualidade humana. Este estudo pretendeu identificar os conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e à Educação Sexual em meio escolar de adolescentes do 8º e 10º ano de escolaridade.

Os participantes foram 289 estudantes do 8º e 10º ano de duas escolas públicas de Santo Tirso, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, que preencheram um questionário, em parte, baseado no do estudo “*A Saúde Dos Adolescentes Portugueses (HBSC)*”.

Os resultados revelaram que a maioria dos alunos teve Educação Sexual na escola, avaliando-a como muito importante.

Relativamente aos conhecimentos demonstrados pelos alunos sobre IST's, os modos de transmissão do VIH/SIDA, a utilização de métodos contraceptivos e da pílula do dia seguinte/emergência, foram as raparigas e os alunos do 10º ano que demonstraram níveis superiores de conhecimento. Os alunos que reportaram ter Educação Sexual na escola apresentaram também mais conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA e sobre o preservativo masculino.

Os alunos do 10º ano, comparativamente aos do 8º ano, demonstraram ainda atitudes mais positivas em relação a comportamentos do tipo preventivo, como por exemplo, a aquisição de preservativos no Centro de Saúde.

No que concerne às implicações deste estudo para a Educação Sexual em meio escolar, salienta-se a importância do desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, envolvendo os vários agentes de socialização e da comunidade educativa, de modo a promover uma vivência holística da sexualidade.

Palavras-chave: Educação Sexual; Crenças; Conhecimentos; Atitudes

Abstract

Sexual Education is a continuous learning process, aimed at promoting the development of beliefs, attitudes and healthy behaviors related to human sexuality. This study aimed to identify the knowledge, attitudes and beliefs towards sexuality and sexual education in schools of adolescents who attend the 8th and 10th grade.

Participants were 289 students from the 8th and 10th year of two public schools in Santo Tirso, aged between 12 and 18 who completed a questionnaire, in part, based on the study "The Health of Portuguese Adolescents (HBSC)".

The results revealed that most students had sex education in school, assessing it as very important.

With regard to knowledge demonstrated by the students on IST's, the modes of transmission of HIV / AIDS, the use of contraception and the morning-after pill / emergency were girls and 10th grade students who have demonstrated superior levels of knowledge. Students who reported having sexual education in school also had more knowledge about the modes of transmission of HIV / AIDS and the male condom.

Students in the 10th grade, compared to the 8th year, also showed more positive attitudes toward the behavior of the preventive kind, such as the purchase of condoms at the Health Center.

Regarding the implications of this study for sexual education in schools, it stresses the importance of developing a multidisciplinary approach involving the various agents of socialization and the educational community in order to promote a holistic experience of sexuality.

Keywords: Sex Education; Beliefs; Knowledge; Attitudes

Introdução

A Educação Sexual é um processo que tem um papel de relevo na prevenção de comportamentos sexuais de risco e na promoção do desenvolvimento de competências, com vista a estimular a vivência da sexualidade de forma positiva e mais autónoma (Ramiro, 2013 cit. por Matos et al., 2014), o que assume de particular importância na adolescência, visto que é nesta etapa de vida que os adolescentes vivem as primeiras relações de namoro, partilham ideias e tomam decisões relativamente à sexualidade (Nelas, 2010).

A Educação Sexual em meio escolar foi em 2009/2010 alvo de nova regulamentação, a qual voltou a reforçar a sua obrigatoriedade desde o 1º ano até ao 12º ano, estando descrito nos modelos mais recentes a importância de uma abordagem interdisciplinar da Educação Sexual e do envolvimento dos alunos, quer no planeamento, quer na avaliação das atividades desenvolvidas.

Relativamente aos conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade, estudos revelaram que os adolescentes ainda possuem conhecimentos insuficientes sobre IST's e sobre questões práticas referentes aos métodos contraceptivos (Brestas; Ohara; Jardim & Muroya, 2009 cit. por Nelas, 2010; Vilar & Ferreira, 2010). No entanto, estudos recentes no nosso país revelam uma atitude positiva em relação à sexualidade e ao uso do preservativo, por parte dos jovens (Matos et al., 2013).

Na adolescência, os indivíduos tomam decisões que poderão ter repercussões ao longo da sua vida, daí a importância da promoção de conhecimentos e atitudes para a adoção de comportamentos sexuais seguros (Reis & Matos, 2007). É assim fundamental conhecer as necessidades dos adolescentes ao nível dos conheci-

mentos e identificar as suas atitudes e crenças face à sexualidade, para orientar estratégias adequadas para a implementação da Educação Sexual em meio escolar.

Este estudo pretendeu identificar os conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e à Educação Sexual em meio escolar de adolescentes que frequentam o 8º e 10º ano de escolaridade.

Metodologia

Participantes

A amostra inclui 289 adolescentes do 8º e 10º ano do ensino regular de duas escolas públicas de Santo Tirso (48,1% do 8º ano e 51,9% do 10º ano), sendo que a maioria dos participantes eram do sexo feminino (59,5%). A idade dos adolescentes variou entre os 12 e os 18 anos, com a média e moda de 15 anos.

Instrumentos

Foi aplicado um questionário de auto-relato, em parte baseado no estudo português *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - estudo HBSC*, sendo avaliadas variáveis de natureza sociodemográfica, e ainda: a perceção dos alunos acerca da Educação Sexual em meio escolar, a Educação Sexual e seus agentes de socialização, crenças dos adolescentes acerca da iniciação sexual, conhecimentos sobre IST's e do uso de métodos contraceptivos e atitudes face ao uso de métodos contraceptivos.

Na fase preparatória do processo de recolha de dados, foi realizado um pré-teste em que foi aplicado o questionário a uma turma de 8º ano e a uma turma do 10º ano.

Procedimentos

A aplicação dos questionários foi realizada em contexto de sala de aula e o preenchimento dos mesmos foi supervisionado pela investigadora.

Para análise estatística dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 19.0.). Os resultados obtidos de alguns itens relacionados com os conhecimentos sobre IST's e métodos contraceptivos foram também analisados através do cálculo de um score total, que resultou do cálculo de um índice composto.

Apresentação e análise dos resultados

O primeiro grupo de resultados diz respeito à perceção dos estudantes quanto às atividades de Educação Sexual de que foram alvo, no período de dois anos letivos anteriores à recolha dos dados. A maioria dos alunos revelou ter tido Educação Sexual na escola (88,2%), avaliando-a como muito importante (55,1%) e que maioritariamente (82%) se sentiam informados sobre todos os assuntos relacionados com a Educação sexual (Tabela 1).

Da análise da associação entre as perceções dos alunos acerca da Educação Sexual e o ano de escolaridade (Tabela 1), é possível observar que uma percentagem superior de alunos do 10º ano tinha tido Educação Sexual na escola (92,7%), sendo também os alunos do 10º ano os que mais frequentemente consideraram a Educação Sexual na escola como muito importante (64%) e que se sentiam mais informados (23,3%) sobre todos os assuntos relacionados com a Educação Sexual.

Tabela 1: Associação entre as percepções acerca da Educação Sexual em meio escolar e o ano de escolaridade					
	Ano de Escolaridade				χ^2
	8º ano (n=139)		10º ano (n=150)		
	N	%	N	%	
Nos últimos dois anos letivos tiveste Educação Sexual na escola (N=289)					
Não (11,8%)	23	16,5	11	7,3	5,900**
Sim (88,2%)	116	83,5	139	92,7	
Qual a importância que atribuis à abordagem a Educação Sexual na escola (N=289)					
Muito importante (57,1%)	69	49,6	96	64,0	6,739*
Importante (40,5%)	65	46,8	52	34,7	
Pouco importante (2,4%)	5	3,6	2	1,3	
Nada importante (0,0)	0	0,0	0	0,0	
Como te sentes relativamente a todos os assuntos relacionados com a Educação Sexual (N=289)					
Muito Informado (15,9%)	11	7,9	35	23,3	18,336***
Informado (82,0%)	122	87,8	115	76,7	
Pouco informado (2,1%)	6	4,3	0	0,0	
Nada informado (0,0%)	0	0,0	0	0,0	

*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

Entre os alunos que afirmaram ter tido Educação Sexual nos últimos dois anos letivos anteriores ao estudo (n=255), a maioria referiu que esta foi desenvolvida nas disciplinas de Formação Cívica (n=221), Ciências Naturais (n=108) e Educação Moral e Religiosa Católica (n=48), num total de 459 respostas.

Relativamente aos temas que foram abordados na Educação Sexual na escola, os alunos nomearam mais frequentemente assuntos relacionados com a vivência da gravidez na adolescência e sobre o conceito da sexualidade ao longo do ciclo vital (ex: “sexualidade na adolescência; sexualidade na infância; sexualidade na família”), em especial os alunos do 10º ano. Os alunos do 8º ano fizeram mais referências a assuntos relacionados com as transformações físicas e psíquicas associadas à puberdade.

Relativamente ao pedido de propostas para outros assuntos que gostariam de ver abordados no âmbito da Educação Sexual na escola, foram também encontradas diferenças em função do ano de escolaridade. Enquanto os alunos do 10º ano indicaram mais frequentemente assuntos relativos à dimensão psicossocial da sexualidade, já os alunos do 8º ano indicaram assuntos relacionados com a saúde física e reprodutiva (métodos contraceptivos e as IST’s).

Tabela 2: Associação entre as percepções acerca do grau de conforto para falar sobre SIDA e outras IST's e o ano de escolaridade

	Ano de Escolaridade				χ^2
	8º ano (n=139)		10º ano (n=150)		
	N	%	N	%	
Como te sentirias a conversar com pessoas da tua idade sobre SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis (N=289)					
À vontade (82,4%)	97	69,8	141	94,0	29,115***
Pouco à vontade (10,0%)	24	17,3	5	3,3	
Não falo com eles sobre isso (7,6%)	18	12,9	4	2,7	
Como te sentirias a conversar com os teus pais sobre SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis (n=289)					
À vontade (60,9%)	74	53,2	102	68,0	11,695**
Pouco à vontade (30,1%)	45	32,4	42	28,0	
Não falo com eles sobre isso (9,0%)	20	14,4	6	4,0	

*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

Quando questionados sobre os seus agentes de socialização no domínio da Educação Sexual, a maioria dos alunos referiu que se sentia à vontade para conversar com pessoas da mesma idade e com os pais (82,4% e 60,9%, respetivamente) sobre SIDA e outras IST's. Pela análise da Tabela 2, verifica-se que os alunos do 10º ano, comparativamente com os do 8º ano, referiram sentir-se mais à vontade para falar sobre estes assuntos, quer com pessoas da mesma idade (94%), quer com os pais (68%).

Relativamente às fontes de informação e de aprendizagem sobre SIDA e IST's, os alunos em geral indicaram a internet (68,2%), falar com os pais (54,3%), folhetos (53,6%), livros/revistas (51,2%) e consulta no Centro de Saúde (50,2%).

Tabela 3: Associação entre as crenças dos adolescentes sobre a iniciação sexual e o ano de escolaridade

	Ano de Escolaridade				χ^2
	8º ano		10º ano		
	N	%	N	%	
Quantos jovens da tua idade já tiveram relações sexuais (N=289)					
Todos (1,0%)	0	0,0	3	2,0	52,015***
A maioria (4,5%)	3	2,2	10	6,7	
Bastantes (31,5%)	24	17,3	67	44,7	
Alguns (55,0%)	89	64,0	70	46,7	
Nenhuns (8,0%)	23	16,5	0	0,0	

A razão porque a maioria dos jovens tem a sua primeira relação sexual (N=289):					
Já namora algum tempo (8,3%)	11	7,9	13	8,7	3,537
Decidem os dois, porque estão apaixonados (24,0%)	31	22,3	38	25,5	
Querem experimentar (56,9%)	86	61,9	78	52,3	
Não querem que o(a) parceiro(a) fique zangado(a) ou abandone (10,8%)	11	7,9	20	13,4	
Quantos jovens utilizaram métodos contraceptivos na primeira relação sexual (N=289)					
Todos (7,6%)	13	9,4	9	6,0	7,482
A maioria (40,1%)	48	34,5	68	45,3	
Bastantes (20,4%)	25	18,0	34	22,7	
Alguns (29,8%)	49	35,3	37	24,7	
Nenhuns (2,1%)	4	2,9	2	1,3	
Quais os métodos contraceptivos utilizados na primeira relação sexual (N=289)					
Preservativo masculino					1,283
Sim (96,9%)	133	95,7	147	98,0	
Não (3,1%)	6	4,3	3	2,0	

*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

No que diz respeito às crenças acerca da iniciação sexual (ver Tabela 3), 55% dos adolescentes consideraram a possibilidade de alguns jovens da sua idade já terem tido relações sexuais e indicaram como principal razão o facto de quererem experimentar (56,9%). Consideraram também que esses jovens utilizaram métodos contraceptivos na primeira relação sexual (40,1%), indicando como método utilizado o preservativo masculino (96,9%). Mais do dobro dos alunos do 10º ano (44,7%) referiram que achavam que bastantes jovens da idade deles já tiveram relações sexuais, comparativamente com os alunos do 8º ano (17,3%).

Relativamente aos conhecimentos demonstrados pelos alunos sobre IST's, os modos de transmissão do VIH/SIDA, métodos contraceptivos e da pílula de emergência, foram as raparigas e os alunos do 10º ano que demonstraram níveis superiores de conhecimento.

Os alunos que relataram ter tido Educação Sexual na escola demonstraram mais conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA e sobre o preservativo masculino.

Tabela 4: Associação entre as atitudes face ao uso de métodos contraceptivos e o ano de escolaridade

	Ano de Escolaridade				χ^2
	8º ano		10º ano		
	N	%	N	%	
Relativamente ao uso do preservativo masculino, achas que (N=289):					
Seria desconfortável adquirir preservativos no Centro de Saúde?					
Sim (26%)	48	34,5	27	18,0	29,343***
Não (59,9%)	61	43,9	112	74,7	
Não sei (14,2%)	30	21,6	11	7,3	
Seria desconfortável conversar com o teu par sobre o uso do preservativo?					
Sim (15,9%)	35	25,2	11	7,3	39,302***
Não (71,3%)	75	54,0	131	87,3	
Não sei (12,8%)	29	20,9	8	5,3	
Se o par não quiser usar preservativo, seria desconfortável recusar ter relações sexuais?					
Sim (20,1%)	45	32,4	13	8,7	37,971***
Não (63,0%)	63	45,3	119	79,3	
Não sei (17,0%)	31	22,3	18	12,0	

*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

Relativamente às atitudes face ao uso de métodos contraceptivos (Tabela 4), em especial os alunos do 10º ano, referiam na sua maioria que não seria desconfortável adquirir preservativos no Centro de Saúde (74,7%), conversar com o par sobre o seu uso (87,3%) e se o par não quisesse usar preservativo, não seria desconfortável recusar ter relações sexuais (79,3%).

Discussão dos Resultados

Os resultados do estudo sugerem que as escolas estão a desenvolver ações de Educação Sexual, respeitando assim a lei em vigor, no entanto, parece não existir uma integração transversal nas áreas curriculares disciplinares e não disciplinares, como indica o Artigo 3º da Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto ou que esta não é percebida pelos alunos.

No estudo da associação entre o ano de escolaridade e as perceções dos alunos sobre a Educação Sexual, foram os alunos do 10º ano que mais valorizaram a Educação Sexual e se revelaram como mais informados neste domínio, resultados que confirmam as tendências de resposta de outros estudos nacionais (Matos *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2013).

Relativamente aos temas que foram abordados na Educação Sexual, os resultados obtidos sugerem que os programas de Educação Sexual implementados nestas escolas dão maior ênfase a conteúdos relacionados com a

dimensão biológica da sexualidade, o que não vai ao encontro dos conteúdos mínimos descritos na Portaria nº 196-A/2010, relativo à implementação da Educação Sexual.

Em relação a outros assuntos que gostariam de ver abordados/esclarecidos no âmbito da Educação Sexual na escola, os resultados obtidos sugerem que os agentes envolvidos na Educação Sexual deveriam repensar nas estratégias e conteúdos das ações que desenvolvem, no sentido de dar resposta às expectativas dos alunos e se aproximarem mais das orientações relativamente aos conteúdos mínimos propostos pelo GTES (2007) e regulamentados na Portaria nº 196-A/2010, abordando, desta forma, todas as dimensões da sexualidade.

Apesar de a literatura ter vindo a evidenciar alguma resistência e dificuldades de comunicação entre os adolescentes e os pais (Vilar & Ferreira, 2010), os resultados deste estudo revelam o contrário, uma vez que a maioria dos alunos referiu sentir-se à vontade para conversar com os pais sobre SIDA e outras IST's, em especial os alunos do 10º ano.

No que diz respeito às fontes de informação sobre SIDA e outras IST's, os alunos referiram com mais frequência a internet e os pais. Estes resultados corroboram com os resultados de outros estudos nacionais (Matos *et al.*, 2013; Ramiro *et al.*, 2011b).

Estudos nacionais desenvolvidos por Matos e colaboradores (Matos *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2013; Matos *et al.*, 2015) revelaram que a maioria dos adolescentes não tinha tido relações sexuais e que foram os alunos do 10º ano os que referiram mais frequentemente terem tido relações sexuais. Estes resultados aproximam-se às crenças dos participantes deste estudo, relativas à iniciação sexual.

No que se refere aos conhecimentos acerca dos modos de transmissão do VIH/SIDA e do uso de métodos contraceptivos, os dados corroboram também os obtidos por estudos realizados em Portugal (Matos *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2013; Ramiro *et al.*, 2011a).

Os resultados deste estudo revelaram que a maioria dos alunos demonstrou uma atitude positiva relativamente ao uso de métodos contraceptivos. Estes dados reforçam os resultados obtidos noutros estudos (Matos *et al.*, 2013), onde os participantes revelaram também uma atitude muito positiva em relação à sexualidade e ao uso do preservativo, sendo que a maioria dos jovens discordava da afirmação que seria desconfortável adquirir preservativos no Centro de Saúde, tal como o verificado neste presente estudo.

Conclusões

Com este trabalho de investigação pretendeu-se identificar os conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e à Educação Sexual dos adolescentes que frequentam o 8º e 10º ano de escolaridade, de modo a contribuir para a (re)orientação futura das intervenções dos agentes envolvidos na Educação Sexual em meio escolar.

Foi possível verificar-se que os resultados deste estudo vão ao encontro de outros estudos nacionais (Matos *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2013; Matos *et al.*, 2015; Ramiro *et al.*, 2011b), reforçando a importância da Educação Sexual em meio escolar no desenvolvimento dos alunos e na promoção de uma abordagem holística da sexualidade. Os alunos reconhecem-na como útil e importante e sugerem áreas de intervenção que poderiam ir ao encontro das suas expectativas, nomeadamente aspetos sócio emocionais da sexualidade.

Referências bibliográficas

- GTES - Grupo de Trabalho de Educação Sexual. *Relatório Final*. Lisboa, 2007.
- LEI n.º 60/2009 de 6 de Agosto de 2009. Diário da República Nº 151, 1ª Série. Ministério da Saúde e da Educação. Lisboa, pp. 5097.
- MATOS, Margarida Gaspar [et al.] - *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Em Tempos de Recessão HBSC Dados Nacionais 2014*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL/FMH/Universidade Técnica de Lisboa, 2015.
- MATOS, Margarida Gaspar [et al.] - Educação Sexual em Portugal: Legislação e Avaliação da Implementação nas Escolas. Sociedade Portuguesa de Psicologia da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), pp. 335-355.
- MATOS, Margarida Gaspar [et al.] - *Sexualidade dos Jovens Portugueses. Relatório do estudo online sobre sexualidade nos jovens "Online Study of Young People's Sexuality" (OSYS) – Dados de 2011*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL/FMH/Universidade Técnica de Lisboa, 2013.
- MATOS, Margarida Gaspar [et al.] - *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL/FMH/Universidade Técnica de Lisboa, 2012.
- NELAS, Paula - *Educação Sexual em Contexto Escolar: uma intervenção contra a vulnerabilidade na vivência da sexualidade adolescente*. Aveiro: Universidade de Aveiro – Departamento de Ciências da Educação, 2010. Tese de Doutoramento.
- PORTARIA N.º 196-A/2010 de 9 de Abril de 2010. Diário da República N.º 69, 1ª Série. Ministério da Saúde e da Educação. Lisboa, pp. 1170-1174.
- RAMIRO, Lúcia [et al.] – Sex education among Portuguese adolescent students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2011a, vol. 29, pp. 493-502.
- RAMIRO, Lúcia [et al.] - Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2011b, pp. 11-21.
- REIS, Marta; MATOS, Margarida Gaspar - Conhecimentos e Atitudes face ao uso de Métodos Contracetivos e à Prevenção de ISTs em Jovens. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*. 2007, vol. 4, pp. 2335.
- VILAR, Duarte; FERREIRA, Pedro M. – A Educação Sexual dos Jovens Portugueses: Conhecimentos, Fontes e Impacto. In: *Sexualidade e educação Sexual: Políticas Educativas, Investigação e Práticas*, 1ª Edição. Universidade do Minho: Edições CIEd – Centro de Investigação em Educação, 2010.

As práticas dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na avaliação familiar: contributos do processo formativo sobre o MDAIF

Palmira Oliveira¹; Henriqueta Figueiredo²; Carlinda Leite³ & João Apóstolo⁴

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta, Doutoranda em Ciências de Enfermagem ICBAS-UP (palmiraoliveira@esenf.pt); ²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora (henriqueta@esenf.pt); ³Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, UP, Professor Catedrático Convidado, (carlinda@fpce.up.pt); ⁴Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professor Coordenador (apostolo@esenfc.pt).

Introdução: A saúde de cada família repercute-se na saúde das populações, pela constante interação com o ambiente onde se insere e pelas funções sociais inerentes. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico que permite a identificação das necessidades, das forças e recursos das famílias, sendo utilizado em processos de formação contínua dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Objetivo: Avaliar o contributo da formação sobre o MDAIF, nas práticas de avaliação familiar dos enfermeiros dos CSP.

Metodologia: Estudo de caso descritivo. Participaram 49 enfermeiros no momento pré-formação e 43 no pós-formação. Preencheram um formulário de questões abertas aplicado nos dois momentos formativos. A informação foi sujeita a análise de conteúdo com categorização à posteriori.

Resultados: Nas áreas de atenção avaliadas no momento pré-formação, emergiram como categorias: “áreas de atenção MDAIF” (prestador de cuidados, processo familiar, edifício residencial, ...); “dados avaliativos MDAIF” (ciclo vital, classe social...); “áreas de atenção individuais” (solidão, bem estar,...)... No pós-formação, emergiram as categorias: “dimensões MDAIF” incluindo “áreas de atenção MDAIF” e, apenas 2 unidades de registo para a categoria “áreas de atenção individuais”.

Discussão: As práticas dos enfermeiros de CSP são orientadas para um número elevado de ações focadas nos cuidados a cada membro da família, assumindo-se esta, enquanto contexto de cuidados, no momento pré-formação. Após a formação, as práticas descritas refletem uma mudança, baseada na utilização do MDAIF (Figueiredo, 2012), enquanto modelo conceptual sistémico definidor da ação, em que a família passa a ser o alvo dos cuidados objetivando a reciprocidade da saúde familiar e individual.

Conclusão: É sugestivo de que o processo formativo permitiu aos enfermeiros de CSP, a reestruturação das práticas de avaliação à família enquanto cliente, possibilitando uma repercussão positiva em ganhos em saúde, na medida, em que representa a primeira fase do processo de enfermagem.

Palavras-chave: Avaliação Familiar; Cuidados de Saúde Primários; Enfermagem; Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Abstract

Background: *The health of each family has repercussions on public health, the constant interaction with the environment in which it operates and the inherent social functions. Dynamic Model Assessment and Family Intervention (MDAIF) is a theoretical framework that allows the identification of needs, strengths and resources of families, being used in training processes of Primary Health Care Nurses.*

Objective: *Assess the contribution of training on MDAIF in the family assessment practices of PHC nurses.*

Methodology: *Descriptive case study. 49 nurses participated in the pre-training and 43 post-training time. They filled out a form of open questions applied in the two formative moments. The information was subjected to content analysis.*

Results: *In the areas of attention assessed in pre-training time, emerged as categories “MDAIF attention areas” (caregiver, family process, residential building, ...); “MDAIF evaluative data” (life cycle, social class); “Individual attention areas” (loneliness, wellness, ...)... In the post-training, emerged the categories: “Dimensions MDAIF” including “MDAIF attention areas”; and only two registration units to categories “individual attention areas”.*

Discussion: *The practices of PHC nurses are geared to a high number of actions focused on care for each family member, assuming that, as the context of care, in pre-training time. After training, the practices reflect a change based on the use of MDAIF (Figueiredo, 2012), while systemic conceptual model defining the action, in which the family becomes the target of care aiming the reciprocity of family and individual health.*

Conclusion: *It is suggestive that the training process enabled nurses to restructuring of the family assessment practices as a client, enabling a positive impact on health gains, to the extent, it represents the first phase of the nursing process.*

Keywords: Family assessment; Primary Health Care; Nursing; Dynamic Model of Family Assessment and Intervention

Introdução

A saúde de cada família repercute-se na saúde das populações, pela constante interação com o ambiente onde se insere e pelas funções sociais inerentes. Além disso, ao ser considerado, já em 2002, pela Ordem dos enfermeiros (OE) que “as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados ...” (OE, 2002, p. 9), reforça-se a responsabilidade do enfermeiro de família face à saúde da população e das famílias, mais especificamente.

Neste encadeamento, o enfermeiro de família, enquanto membro de uma equipa multidisciplinar, detentor do conhecimento dos recursos da comunidade e pela relação de proximidade com as famílias, presta cuidados de enfermagem em situações potenciais ou reais, de saúde ou de doença, promovendo as capacidades e recursos da família, bem como, uma atitude proactiva em relação à sua saúde. Sendo que, para Figueiredo (2012), a saúde familiar traduz-se na habilidade do sistema familiar para promover estratégias que possibi-

litem a sua funcionalidade e, a resposta às necessidades de cada um dos membros, destacando-se quer a unidade familiar, quer a saúde de cada membro da família de forma isolada, influenciando-se mutuamente.

Este paradigma centrado na saúde da família, pressupõe uma mudança de um paradigma centrado no indivíduo e doença, em detrimento de um paradigma integrativo que privilegia a família enquanto alvo dos cuidados de enfermagem, no contexto dos CSP. Por outro lado, devido à interdependência entre as práticas clínicas, os processos formativos e os referenciais teóricos, que permite a corporização da enfermagem de saúde familiar enquanto área do conhecimento, é de fulcral importância a definição dos referenciais onto-epistemológicos que a fundamentem, e que suportem de igual forma, o domínio da investigação e da gestão dos cuidados de enfermagem. Nesse contexto, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), enquanto modelo conceptual e metodológico, emerge como instrumento de ligação entre a teoria e a prática, fundamentando a tomada de decisão do enfermeiro no processo de cuidar a família. Oferece uma estrutura de matriz operativa, dinâmica e sistematizada, para as diferentes fases do processo de enfermagem, alicerçado em pressupostos colaborativos e sistémicos, suportando quer a avaliação familiar, em que se identificam as necessidades, forças e recursos, quer a intervenção centrada na família enquanto unidade, visando otimizar o seu potencial de saúde.

Em consonância com a implementação do MDAIF em diversos contextos dos CSP a nível nacional, sobretudo após a sua adoção pela OE, enquanto referencial teórico-operativo para as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (OE, 2011), é necessário o desenvolvimento de processos formativos ajustados às necessidades dos enfermeiros dos CSP, onde o projeto de investigação promovido pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), integrado na Unidade de Investigação (UNIESEP) da mesma, pretende contribuir. Por conseguinte, este estudo, enquadra-se numa etapa de uma investigação intitulada “Transferência da formação para a prática de enfermagem de saúde familiar: contributo de um design estratégico de formação” no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, que por sua vez se enquadra na primeira etapa do mencionado projeto de investigação da ESEP, denominado Projeto MDAIF: Uma Ação Transformativa em CSP. Esta etapa tem como objetivo avaliar o impacto da formação que tem sido desenvolvida para os enfermeiros de CSP em contexto profissional, sustentada pelo MDAIF, nas suas competências para efetuar a avaliação e intervenção familiar, sendo que, o projeto na sua generalidade, pretende fazer emergir práticas sistematizadas e modelos formativos conducentes à capacitação das famílias e das comunidades, através de experiências inovadoras em cuidados de enfermagem.

Objetivo

Avaliar o contributo da formação sobre o MDAIF, nas práticas de avaliação familiar dos enfermeiros dos CSP.

Metodologia

Desenvolveu-se um estudo de caso, de natureza descritiva, onde participaram 49 enfermeiros de família, no momento pré-formação profissional sobre o MDAIF e, 43 no momento pós-formação. Preencheram um formulário de questões abertas aplicado antes e após a formação. A informação foi submetida a análise de conteúdo com categorização à posteriori.

Apresentação e análise dos resultados

No momento pré- formação, no que se refere às áreas de atenção consideradas pelos enfermeiros de família na avaliação familiar, emergiram como categorias, considerando a frequência das unidades de registo: em primeiro lugar “Áreas de atenção MDAIF”, com destaque para o “Processo familiar” nas dimensões operativas “comunicação”, “relação dinâmica” e “interação de papéis”. De seguida, emerge o “Edifício residencial”, no que se reporta quer à segurança do mesmo, quer à higiene habitacional (negligenciada/não, negligenciada) e “Abastecimento de água”. Segue-se o “Rendimento familiar”, posteriormente o “Papel de prestador de cuidados”, depois as áreas de atenção “Planeamento familiar” e “Papel parental”. Com duas unidades de registo cada, despontaram as áreas da “Satisfação conjugal” e “Adaptação à gravidez”, sendo que a “Precaução de segurança e o “Animal doméstico”, foram mencionados uma única vez.

No que se reporta à segunda categoria “Dados avaliativos MDAIF”, destacou-se a “composição familiar”, seguida dos “sistemas mais amplos”, e posteriormente com duas unidades de registo cada: “ciclo vital”, “tipo de família”, “crenças familiares” e “classe social”.

A terceira categoria foi “áreas de atenção individuais”, incluindo “dados avaliativos do indivíduo” - S4 “integração de cada indivíduo na vida social”; S7 “antecedentes pessoais”, reportando-se à “solidão” (S8), ao “bem-estar” (S11 “bem-estar físico, social e psicológico”, S15 “bem-estar de todos dentro das suas famílias”), ao “regime terapêutico” e ao “desenvolvimento humano” (S13 “desenvolvimento etário...”).

A quarta categoria, refere-se aos “Programas de saúde”, nas diferentes tipologias, de que é exemplo o “Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil”.

A última categoria reporta-se às “Dimensões MDAIF”, onde são mencionadas as três dimensões uma única vez, à exceção da dimensão funcional, onde surgem duas unidades de registo.

No momento pós - formação, emergiram duas categorias. A categoria “Dimensões MDAIF” que inclui praticamente todas as unidades de registo e, onde os enfermeiros se reportaram somente às três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional, ou incluíram em cada uma delas as “áreas de atenção MDAIF”, de que é exemplo a unidade de registo “as áreas de atenção estão divididas em três áreas: estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água, animal doméstico); desenvolvimento (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental) e a área funcional (papel de prestador de cuidados e processo familiar)” (S14). A categoria “áreas de atenção individuais” apresentou duas unidades de registo: “as necessidades de cada membro da família” (S19) e “estado de saúde de cada membro” (S25).

Discussão dos resultados

Apesar de no momento pré- formação, os enfermeiros nas suas práticas referirem áreas de atenção, dados avaliativos e dimensões MDAIF, a informação encontra-se dispersa, sugerindo pouca sistematização e, um conhecimento superficial relativamente às dimensões MDAIF que incluem as áreas de atenção, que compreendem as dimensões operativas e para as quais é necessário a identificação de dados avaliativos, ou seja, parece traduzir um conhecimento pouco aprofundado acerca da matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2009, 2012). Todavia, após o momento formativo constata-se que há um maior rigor e sistematização da informação

a considerar no âmbito da avaliação familiar, denotando um conhecimento mais integrativo do modelo.

Por outro lado, verificou-se que as práticas dos enfermeiros de CSP são orientadas para um número elevado de ações focadas nos cuidados a cada membro da família, assumindo-se esta, enquanto contexto de cuidados, no momento pré-formação. Após a formação, as práticas descritas refletem uma mudança, baseada na utilização do MDAIF (Figueiredo, 2012), enquanto modelo conceptual sistémico definidor da ação, em que a família passa a ser o alvo dos cuidados objetivando a reciprocidade da saúde familiar e individual, sendo que, as áreas de atenção focadas somente em cada membro da família, praticamente não se verificaram.

Conclusões

É sugestivo de que o processo formativo permitiu aos enfermeiros de CSP, a reestruturação das práticas de avaliação à família enquanto cliente, facilitando o potencial de atuação do enfermeiro de família e possibilitando uma repercussão positiva em ganhos em saúde, na medida, em que representa a primeira fase do processo de enfermagem. Em consonância, enquanto etapa inicial, proporcionará uma identificação adequada das necessidades reais e potenciais da família, promovendo o desempenho na formulação dos diagnósticos e restantes etapas do processo de enfermagem.

Referências bibliográficas

- FIGUEIREDO, M. - *Enfermagem de Família: Um contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009.
- FIGUEIREDO, M. et al. - Ciclo Vital da Família e Envelhecimento: Contextos e Desafios. *Revista Kairós Gerontologia*. 14 (3). São Paulo (2011) pp. 11-22.
- FIGUEIREDO, M. - *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência, 2012.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual: enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem Enfermeiros, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento n.º 126/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

Presentismo: trabalho completado e distração evitada em enfermeiros

Elisabete Borges¹; Margarida Abreu²; Cristina Queirós³; Pilar Mosteiro⁴ & Patrícia Baptista⁵

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta, (elisabete@esenf.pt); ²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora, (mabreu@esenf.pt); ³Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Professora Auxiliar, (cqueiros@fpce.up.pt); ⁴Departamento de Medicina, Area de Enfermería. Universidad de Oviedo, Professora Titular, (mmosteirod@uniovi.es); ⁵Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil, Professora, (pavanpati@usp.br)

Introdução: O presentismo define-se como “the problem of workers’ being on the job, but, because of illness or other medical conditions, not fully functioning” (Hemp, 2004, p.1), constituindo-se uma realidade no contexto laboral dos enfermeiros. Enquanto fenómeno complexo, uma das suas consequências é a perda de produtividade. Como objetivos pretende-se conhecer os níveis de presentismo e a sua variação em função de características individuais/laborais.

Metodologia: Estudo transversal, exploratório e descritivo integrado no paradigma de investigação quantitativa. Os dados foram obtidos através de um questionário de caracterização sociodemográfica/laboral e da versão portuguesa do SPS-6 (Koopman et al., 2002; Ferreira et al., 2010), que avalia o presentismo e as perdas de produtividade laboral através de dois fatores distintos - trabalho completado (TC) e distração evitada (DE), aplicados a 426 enfermeiros portugueses (idade M=34,9 sendo a Mn=22 e a Mx=60; anos de serviço M=12,0 com Mn=1 e Mx=38; 75,4% mulheres, 52,6% casados e 45,8% a trabalhar por turnos).

Resultados: A escala global (SPS-6), TC e DE sugerem baixos níveis de presentismo (M=3,4, M=3,8 e M=2,9, respetivamente). Encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre TC e sexo, sendo as mulheres que apresentam valor superior comparativamente aos homens (M=3,9 e M=3,7, respetivamente); a idade correlaciona-se positivamente com a SPS-6 e os anos de experiência profissional com a SPS-6 e o TC e negativamente com a DE.

Discussão: Estes resultados vão ao encontro de outros estudos realizados com enfermeiros.

Conclusão: Embora os resultados sugiram um baixo nível de presentismo, este fenómeno deve ser alvo de atenção nas organizações de modo a promover a saúde no local de trabalho.

Palavras-chave: Saúde Ocupacional; Presentismo; Enfermagem

Abstract

Introduction: Presenteeism is defined as the problem of workers' being on the job, but, because of illness or other medical conditions, not fully functioning, becoming a reality in the work context of nurses. While complex phenomenon, one of the consequences is the loss of productivity. The aims of this study were to meet the levels of presentism and their variation in relation to individuals/labour variables.

Methodology: An exploratory, descriptive, and cross-sectional study with a quantitative approach was developed. Data were collected through a questionnaire for socio-demographic and labour characterization. The Portuguese version of the SPS-6 was also used, to evaluate the presenteeism and labour productivity losses through two distinct dimensions - Completing Work (CW) and Avoiding Distractions (AD). The tools were applied to 426 Portuguese nurses (age M=34.9, being Mn=22 and the Mx=60; years of service M=12.0 with Mn=1 and Mx=38; 75.4% women; 52.6% married, and 45.8% working in shifts).

Results: The global scale (SPS-6), and the dimensions CW and AD suggest low levels of presentism (M=3.4, M= 3.8, and M=2.9, respectively). There are statistically significant differences between CW and sex. Women present higher values compared to men (M= 3.9, and M =3.7, respectively). Age correlates positively with the SPS-6. The years of professional experience correlates positively with both the SPS-6 and the CW, and negatively with AD.

Discussion: Results from this study converge with those conducted with nurses.

Conclusion: Although the results suggest a low level of presenteeism, this phenomenon should be a subject of attention in organizations in order to promote global health in the workplace.

Keywords: Occupational Health; Presenteeism; Nursing

Introdução

O presentismo é um dos principais motivos da variação da produtividade individual no trabalho devido a alterações no funcionamento fisiológico, tais como, cefaleias, dores crónicas e problemas respiratórios ou psicossomáticos, como por exemplo, ansiedade, depressão e défice de atenção dos trabalhadores (Martinez et al., 2007).

O presentismo define-se como “the problem of workers' being on the job, but, because of illness or other medical conditions, not fully functioning” (Hemp, 2004, p.1). Embora, seja considerado um fenómeno limitativo e inibidor, parece não afetar todos os colaboradores da mesma maneira, pois, segundo Brown e Sessions (2004), existe um patamar abaixo do qual não há influência notória ao nível do desempenho das funções. Estes autores alertam para a possibilidade de existir uma evolução gradual das doenças para processos de presentismo que inibem o desempenho organizacional. Há vários fatores que afetam a relação entre sintomas patológicos e psicossomáticos e o presentismo. A profissão é um deles. São várias as profissões abrangidas pelo presentismo, sendo que as taxas mais elevadas se verificam nas áreas da saúde e da educação (Aronsson, Gustafson e Dallner, 2000; Bergström et al., 2009). O presentismo também é determinado pela cultura organizacional, especialmente no que se refere ao culto da presença no local de trabalho. Para Simpson (1998), os colaboradores de culturas em que este valor simbólico é elevado concorrem entre si para ver quem fica mais tempo no escritório. Gera-se desta forma um presentismo competitivo, que por sua vez é propício a inúmeras causas geradoras de presentismo.

Este fenómeno tem sido alvo de interesse crescente, nomeadamente, nos profissionais de enfermagem (Martinez e Ferreira, 2012; Umann, Guido e Grazziano, 2012; D'Errico et al., 2013; Brborović et al., 2014; Reyes Revuelta, 2014, Palha, 2014).

O presente estudo tem como objetivos conhecer os níveis de presentismo e a sua variação em função de características individuais/laborais de enfermeiros portugueses.

Metodologia

Face aos objetivos do estudo optamos por um estudo de natureza quantitativa, do tipo descritivo, exploratório e transversal.

Participantes

A população do estudo foi constituída por enfermeiros que respeitaram os seguintes critérios: possuírem um mínimo de 3 anos de experiência profissional e aceitarem participar no estudo. Para a determinação da amostra utilizamos um método de amostragem não probabilístico, a amostragem por redes ou em bola de neve. A amostra foi constituída por 426 enfermeiros residentes entre a região Norte de Portugal e Lisboa e Vale do Tejo. Estes tinham uma média de idade de 34,9 anos; a maioria era do sexo feminino (75,4%); casado (52,6%); licenciado (70,9%) e 22,5% possuía uma pós-graduação; trabalhavam numa instituição hospitalar (69,5%), 45,8% trabalhava por turnos e 24,4% tinha horário fixo; em média apresentavam 12,0 anos de experiência profissional e 8,4 anos de antiguidade no serviço; em termos de contrato de trabalho, 73,7% apresentavam um vínculo definitivo com a instituição.

Instrumentos

Os dados foram colhidos através dos seguintes instrumentos autoaplicáveis: (i) Questionário de dados sociodemográficos e laborais e a Stanford Presenteeism Scale-6 (SPS-6) de Koopman et al. (2002), traduzida e validada para a população portuguesa por Ferreira et al. (2010). Esta escala é constituída por 6 itens, com resposta através de uma escala tipo likert com cinco possibilidades de resposta. Permite avaliar as perdas de produtividade laboral através de duas variáveis: trabalho completado (TC) (itens 2, 5 e 6) e a distração evitada (DE) (itens 1, 3 e 4) (Ferreira et al., 2010). O TC refere-se à quantidade de trabalho que é realizado quando o trabalhador está sob a influência das causas de presentismo; o DE corresponde à capacidade de concentração das pessoas quando expressam sintomas de presentismo. Para Koopman et al. (2002) o TC manifesta-se através de causas físicas e a DE encontra-se associada a causas do foro psicológico. Segundo Koopman et al. (2002) o método de pontuação para os itens da dimensão DE (1, 3 e 4) denomina-se reverse-scoring, ou seja, cada valor numérico das respostas é convertido no valor oposto. Esta inversão é feita apenas para o cálculo da pontuação total. Estes autores informam ainda que nos itens 2, 5 e 6 (dimensão TC), a pontuação é igual ao valor numérico das respostas. A pontuação total do SPS-6 corresponde à soma dos valores obtidos nas duas dimensões, valores em escala invertida nos itens da DE e valores reais da escala nos itens do TC. A um valor mais elevado associa-se mais presentismo e a um melhor estado psicológico do trabalhador, ou seja, os trabalhadores encontram-se menos afetados pelo presentismo.

Recorremos ao alfa de cronbach para avaliação da fidelidade da escala e obtivemos na escala global 0,756, na TC 0,617 e na DE 0,774. Os valores encontrados são similares aos estudos de Ferreira et al. (2010), Laranjeira (2013) e Palha (2014).

Procedimentos

Os dados foram colhidos através de pesquisa on-line ou questionário em suporte de papel mediante uma técnica de amostragem não-probabilística em rede ou bola-de-neve. Assim, solicitámos aos primeiros elementos da amostra que indicassem outras pessoas que respeitassem os critérios de elegibilidade. Todos os procedimentos éticos foram cumpridos.

Para a análise dos dados recorreremos à estatística descritiva e inferencial. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de variabilidade ou dispersão. Relativamente à estatística inferencial, utilizamos a estatística paramétrica e não-paramétrica, destacando-se o Teste t student e correlação de Pearson. Na análise dos resultados o limite de significância assumido foi de $p < 0,05$ (grau de confiança de 95%). O tratamento estatístico foi processado através do programa IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0 para Windows.

Apresentação e análise dos resultados

No que se refere aos resultados obtidos, constatamos na escala global (SPS-6) um valor médio de 3,4 (DP=0,73), com o valor mínimo de 1,5 e o máximo de 5,0. A dimensão TC apresenta a média de 3,8 (DP=0,71) com um valor mínimo de 1,0 e um valor máximo de 5,0 e a dimensão DE apresenta a média de 2,9 (DP=1,0) com um valor mínimo de 1,0 e um valor máximo de 5,0. Salientamos que um maior valor na escala global e na dimensão TC e um menor valor na DE evidencia um melhor estado psicológico e um menor impacto do presentismo.

Relativamente à variação do presentismo em função das características individuais e profissionais verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na escala global, nas dimensões TC e DE em função do estado civil, local de trabalho, vínculo e turno. Contudo, na dimensão TC os enfermeiros do sexo masculino ($M=3,8$; $DP=0,76$) apresentam valor médio inferior aos do sexo feminino ($M=3,9$; $DP=0,69$), $t(424)= 2,029$; $p=0,043$.

Analisamos através da matriz de correlação de Pearson (r) a associação entre a idade, o tempo de experiência profissional e o tempo de exercício profissional no serviço, a escala global e as dimensões TC e DE. Verificamos que a idade apresenta uma correlação positiva com a escala global; o tempo de experiência profissional apresenta uma correlação positiva com a escala global, a TC e a DE. O tempo de exercício profissional no serviço não evidenciou resultados estatisticamente significativos (tabela 1).

Tabela 1: **Correlação de Pearson entre SPS-6, TC e DE, idade, o tempo de experiência profissional e tempo de exercício profissional no serviço**

Variáveis	SPS-6 Global	TC	DE
Idade	0,116*	0,098	-0,099
Tempo de experiência profissional	0,147**	0,133**	-0,116*
Tempo de exercício profissional no serviço	,086	0,051	-0,087

** $p < 0,01$ * $p < 0,5$

Quanto à comparação de médias entre os problemas de saúde, a SPS-6 global, a TC e a DE não foram encontradas diferenças estaticamente significativas com os seguintes problemas de saúde: gastrointestinais, dermatite, gripes/constipações, sinusite, asma e artrite. Na tabela 2 apresentamos os resultados estatisticamente significativos dos problemas de saúde com a SPS-6 total, a TC e DE.

Pela análise da tabela 2, constatamos que os enfermeiros que mencionam ter os problemas de saúde são os que têm media inferior no SPS-6 global e na TC enquanto na DE apresentam valor médio superior comparativamente aos que não referem ter os problemas de saúde.

Tabela 2: Comparação de médias entre SPS-6, TC e DE e problemas de saúde

	<i>Variável</i>		<i>N</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t(gl)</i>	<i>p</i>
SPS-6 Total	Depressão	Não	384	3,48 (0,72)	4,125 (424)	0,000
		Sim	42	3,00 (0,70)		
TC		Não	384	3,90 (0,70)	3,001 (424)	0,003
		Sim	42	3,56 (0,72)		
DE		Não	384	2,93 (1,01)	-3,746 (424)	0,000
		Sim	42	3,55 (1,02)		
SPS-6 Total	Stress	Não	212	3,59 (0,70)	4,412 (424)	0,000
		Sim	214	3,28 (0,73)		
TC		Não	212	3,98 (0,73)	3,087 (424)	0,002
		Sim	214	3,76 (0,67)		
DE		Não	212	2,79 (1,01)	-4,163 (424)	0,000
		Sim	214	3,02 (1,00)		
SPS-6 Total	Ansiedade	Não	247	3,56 (0,70)	4,248 (424)	0,000
		Sim	179	3,26 (0,74)		
TC		Não	247	3,96 (0,71)	3,229 (424)	0,001
		Sim	179	3,74 (0,70)		
DE		Não	247	2,83 (0,98)	-3,6792 (424)	0,000
		Sim	179	3,21 (1,05)		
SPS-6 Total	Lombalgias	Não	176	3,53 (0,76)	2,229 (424)	0,026
		Sim	250	3,37 (0,70)		
TC		Não	176	3,89 (0,76)	0,371 (424)	0,710
		Sim	250	3,86 (0,67)		
DE		Não	176	2,82 (1,10)	-2,870 (341,746)	0,004
		Sim	250	3,12 (0,95)		
		Sim	251	3,02 (1,01)		

SPS-6 Total	Cefaleias	Não	167	3,55 (0,72)	2,620 (423)	0,009
		Sim	258	3,36 (0,73)		
TC		Não	167	3,97 (0,64)	2,342 (391,670)	0,020
		Sim	258	3,81 (0,75)		
DE		Não	167	2,86 (1,04)	-2,150 (423)	0,032
		Sim	258	3,08 (1,02)		
SPS-6 Total	Alergias	Não	304	3,49 (0,74)	2,579 (424)	0,010
		Sim	122	3,29 (0,68)		
TC		Não	304	3,91 (0,72)	1,662 (424)	0,097
		Sim	122	3,78 (0,69)		
DE		Não	304	2,91 (1,06)	-2,653 (254,037)	0,008
		Sim	122	3,19 (0,92)		
		Sim	33	3,06 (1,05)		

Discussão dos resultados

Os resultados obtidos no presente estudo revelaram a existência de presentismo nos enfermeiros. Embora, quando comparadas as médias das duas dimensões (TC e DE) verificamos média inferior na dimensão DE, significativo de maior dificuldade na concentração no trabalho e maior comprometimento psicológico. Estes resultados são corroborados por Ferreira et al. (2010), Laranjeira (2013) e Palha (2014).

Tal como no estudo de Palha (2014) não foram encontradas diferenças significativas quanto ao sexo, estado civil, local de trabalho, vínculo, turno e a SPS-6, TC e DE. Quanto ao sexo, as mulheres apresentaram média superior na dimensão TC. Martinez e Ferreira (2012), Gosselin, Lemyre e Corneil (2013) e Reyes Revuelta (2014) verificaram nos seus estudos que as mulheres evidenciavam níveis superiores de presentismo comparativamente aos homens. Vera-Calzaretta et al. (2015) constataram que o trabalho por turnos é protetor do presentismo. Já a associação entre idade e presentismo, tal como no presente estudo é corroborada por Martinez e Ferreira (2012) e Gosselin, Lemyre e Corneil (2013). Porém, Vera-Calzaretta et al. (2015) encontraram que a maior idade se associava a menor presentismo.

Os enfermeiros que referiram problemas de saúde, nomeadamente depressão, stress, lombalgia, cefaleias e alergias evidenciaram níveis superiores de presentismo. Diferentes autores apontam de igual modo, para a associação entre presentismo e os problemas de saúde referidos (Letvak, Rhum e Gupta, 2012; Martinez e Ferreira, 2012; Laranjeira, 2013; D'Errico et al., 2013)

Conclusão

Os resultados encontrados evidenciam valores baixos de presentismo nos enfermeiros assim como, a associação entre sexo, idade, problemas de saúde e o presentismo. Estes dados contribuem para a ampliação do conhecimento em enfermagem do trabalho e sugerem a necessidade de planeamento de estratégias para a promoção e proteção da saúde e bem-estar dos enfermeiros, no local de trabalho.

Referencias bibliográficas

- ARONSSON, Gunnar; GUSTAFSSON, Klas e DALLNER, Margareta - Sick but yet at work: An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2000, vol. 54, nº 7, pp. 502-509.
- BERGSTRÖM, Gunnar et al. - Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *International archives of occupational and environmental health*, 2009, vol. 82, nº 10, pp. 1179-1190.
- BRBOROVIĆ, Hana et al. - Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 2014, vol. 65, nº 2, pp. 149-156.
- BROWN, Sarah e SESSIONS, Johns - Absenteeism, 'presenteeism', and shirking. *Economic Issues*, 2004, vol. 9, nº 1, pp. 15-23.
- D'ERRICO, Angelo et al. - Low Back Pain and Associated Presenteeism among Hospital Nursing Staff. *Journal of Occupational Health*, 2013, vol.55, nº 4, pp. 276-283.
- FERREIRA, Aristides Isidoro et al. - Tradução e Validação para a Língua Portuguesa das Escalas de Presentismo WLQ-8 E SPS-6. *Avaliação Psicológica*, 2010, vol.9, n.2, pp. 253-266.
- GOSELIN, Eric; LEMYRE, Louise e CORNEIL, Wayne. Presenteeism and Absenteeism: Differentiated Understanding of Related Phenomena. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2013, vol. 18, nº 1, pp. 75-86.
- HEMP, Paul - Presenteeism: at work – but out of it. *Havard Business Review*, 2004, vol. 82, nº 10, pp. 49-58.
- KOOPMAN, Cheryl et al. - Stanford Presenteeism Scale: Health Status and Employee Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2002, vol. 44, nº 1, pp. 14-20.
- LARANJEIRA, Carlos António - Validation of the Portuguese version of the Stanford Presenteeism Scale in Nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 2013, vol. 19, nº 6, pp. 644-650.
- LETVAK, Susan A.; RUHM, Christohper J.; GUPTA, Sat N. - Nurses' Presenteeism and Its Effects on Self-Reported Quality of Care and Costs. *American Journal of Nursing*, 2012, vol. 112, nº 2, pp. 30-38.
- MARTINEZ, Luís Frutuoso et al. - A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 2007, vol. 13, nº 1, pp. 37-54.
- MARTINEZ, Luis e FERREIRA, Aristides. Sick at Work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital. *Stress and Health*. Outubro 2012, vol. 28, nº 4, pp. 297-304.
- PALHA, Cátia Daniela. *O presentismo em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2014. Dissertação de Mestrado.
- REYES REVUELTA, Juan Francisco. Presentismo en Enfermería. Implicaciones en seguridad del paciente: posibilidades de control y reducción. *Enfermería Global*. 2014, vol.13, nº 35
- SIMPSON, Ruth. Presenteeism, power and organizational change: Long hours as a career barrier and the impact on the working lives of women managers. *British Journal of Management*, 1998;(9):S37-S50
- UMANN, Juliane; GUIDO, Laura de Azevedo; GRAZZIANO, Eliane da Silva. Presentismo em enfermeiros hospitalares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012, vol.20, nº 1, pp.159-166.
- VERA-CALZARETTA, Aldo et al.- Factores psicosociales del presentismo en trabajadores del Sistema de Salud Chileno. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 2015, vol. 31, pp. 119-128.

Prevenção da obesidade: do diagnóstico à intervenção de Enfermagem Comunitária

Ana Lopes¹; Maria Pinto² & Amâncio Carvalho³

¹Agrupamento de Centros de Saúde Tâmega III – Vale do Sousa Norte, Unidade de Saúde Familiar Longara Vida, Enfermeira; (alopes05@gmail.com); ²Agrupamento de Centros de Saúde Tâmega III – Vale do Sousa Norte, Unidade de Saúde Familiar Longara Vida, Enfermeira; (mari_diaspinto@hotmail.com); ³Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, UTAD, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, Professor Adjunto; Membro integrado do Centro de Investigação em Estudos da Criança (CIEC), Universidade do Minho; (amancioc@utad.pt)

Resumo

Introdução: A obesidade é considerada pela OMS como a doença crónica mais prevalente a nível mundial, sendo considerada uma epidemia e um problema de Saúde Pública. Estudos comprovam que a incidência de doenças crónicas em adultos está diretamente relacionada à obesidade na infância, existindo uma forte ligação entre obesidade na adolescência e a sua persistência na idade adulta. A alimentação constitui um elemento chave na abordagem da obesidade e a atividade física (AF) é essencial no controlo do peso. Pretendeu-se capacitar os alunos participantes para a adoção de uma alimentação saudável e prática de AF.

Metodologia: A metodologia utilizada foi a do planeamento em saúde, tendo sido percorridas todas as etapas até à avaliação. No diagnóstico de situação participaram 450 alunos do 3º ciclo e ensino secundário, de uma escola do Norte de Portugal, aos quais foi aplicado um questionário. No tratamento de dados recorremos ao SPSS.

Resultados e discussão: A maioria dos alunos participantes pertencia ao sexo feminino (60,2%) e ao grupo etário dos 15-17 anos (46,9%). Os alimentos menos consumidos diariamente eram a sopa de legumes, as hortaliças e os frutos, respetivamente, por 33,3%, 42,4% e 34,9% dos alunos. Assinalaram ser sedentários 17,6% dos alunos. Os meninos praticavam AF mais frequentemente do que as meninas (Mann-Whitney: $p < 0,000$), o que vai de encontro aos estudos consultados. Foram identificados problemas, que foram priorizados pelo método de DARE, fixados os objetivos para o projeto de intervenção, selecionadas como estratégias de intervenção sessões de educação para a saúde e uma aula de Zumba, tendo sido implementadas e avaliadas.

Conclusões: Concluímos que as metas propostas foram atingidas, tendo-se registado um aumento do consumo de alimentos saudáveis e diminuído a proporção de alunos sedentários, pelo que se conseguiu capacitar os jovens para a adoção de comportamentos mais saudáveis e preventivos da obesidade.

Palavras-chave: Obesidade; Prevenção primária; Intervenção precoce; Enfermagem em Saúde Comunitária

Abstract

Preventing obesity: from diagnosis to community nursing intervention

Introduction: Obesity is considered by WHO as the most prevalent chronic disease worldwide and is considered an epidemic and a public health problem. Studies show that the incidence of chronic diseases in adults is directly related to childhood obesity, there is a strong link between obesity in adolescence and its persistence into adulthood. The food is a key element in the approach obesity and physical activity (PA) is essential in weight control. It was intended to enable participating students to adopt a healthy diet and PA practice.

Methodology: The methodology used was the health planning and was covered all steps to evaluation. In the diagnosis of the situation participated 450 students of the 3rd cycle and high school, in a school in northern Portugal, to which was applied a questionnaire. In data processing we used the SPSS.

Results and discussion: Most of the participating students were females (60.2%) and belonged to the age group of 15-17 years (46.9%). Foods less daily consumed were vegetable soup, vegetables and fruits, respectively, by 33.3%, 42.4% and 34.9% of students. They pointed sedentary 17.6% of students. The boys practiced AF more often than girls (Mann-Whitney test: $p < 0.000$), which meets the studies consulted. Problems were identified, which were prioritized by the DARE method, set the goals for the intervention project, selected as an educational intervention strategies sessions for health education and a Zumba class, have been implemented and its evaluated.

Conclusions: We conclude that the proposed targets were hit, having recorded an increase in the consumption of healthy foods and decreased the proportion of sedentary students, so it could empower young people to adopt healthier behaviors and prevention of obesity.

Keywords: Obesity; Primary prevention; Early intervention; Community Health Nursing

Introdução

A estratégia do programa nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (DGS, 2012), para melhorar o estado nutricional da população, deve ter em conta a obesidade, como expressão da inadequada ingestão alimentar e insuficiente gasto energético da população portuguesa, pela elevada prevalência e possibilidade de influenciar o aparecimento e curso de outras doenças crónicas não transmissíveis.

A obesidade pode ser definida como uma doença crónica, sendo considerada a doença nutricional mais prevalente a nível mundial, um grave problema de saúde pública e a epidemia do século XXI (Freitas, Coelho & Ribeiro, 2009; Costa, Ferreira & Amaral, 2010; Branco, Jorge & Chaves, 2011). É também uma doença multifatorial, na génese da qual se verifica a interação de diversos fatores comportamentais, ambientais e genéticos, constituindo um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças associadas (Mazaro et al., 2011; Reuter et al., 2012). Se não forem tomadas medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 (DGS, 2005).

Neste cenário, Portugal é o sexto país europeu com a mais alta prevalência de obesidade nas crianças e jovens entre os 8 e os 16 anos (Costa, Ferreira & Amaral, 2010). Num estudo realizado a nível nacional (Ferreira, 2010), com uma amostra de 5708 adolescentes, entre os 10 e os 18 anos, a prevalência de pré-obesidade era de 22,6% e de obesidade de 7,8%. A nível regional, um estudo desenvolvido por A. Carvalho et al. (2011), no

interior Norte, com uma amostra de 136 alunos, entre os 13 e os 18 anos, a prevalência de pré-obesidade foi de 16,2% e de obesidade de 5,9%.

As crianças e jovens com excesso de peso têm um risco acrescido de se tornarem adultos obesos (M. Carvalho et al., 2011) e a incidência de doenças crónicas em adultos está diretamente relacionada com a obesidade na infância (Marchi-Alves et al., 2011). Estima-se que em Portugal, os custos diretos da obesidade absorvam 3,5% das despesas totais da saúde (DGS, 2005).

A alimentação é um fator-chave quando se aborda a obesidade infantojuvenil, mas ainda não existe um consenso sobre qual a recomendação dietética mais eficaz para se tratar e prevenir esta patologia (M. Carvalho et al., 2011).

Segundo Enes e Slater (2010), nos adolescentes, a alimentação inadequada, caracterizada pelo consumo excessivo de açúcares simples e gorduras, associadas à ingestão insuficiente de frutos e hortaliças, contribui diretamente para o ganho de peso nesse grupo populacional.

Por outro lado, na opinião de M. Carvalho et al. (2011), a prática de AF é uma componente essencial nos programas de controlo do peso, principalmente, pelos benefícios ao nível da composição corporal. Também se preconiza a diminuição de 30 minutos diários de comportamentos sedentários, como ver televisão (TV). Um dos principais fatores que levam à obesidade é o sedentarismo (Pereira & Lopes, 2012).

Para este estudo delinear-se os seguintes objetivos: i) caracterizar os hábitos alimentares e de AF dos participantes; ii) Analisar a relação entre os hábitos alimentares e de AF e as variáveis sociodemográficas; iii) Descrever as etapas do planeamento em saúde.

Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção comunitária, no âmbito da prevenção da obesidade, no qual foi utilizado a metodologia do planeamento em saúde. No diagnóstico de situação realizou-se um estudo descritivo-correlacional, transversal, de abordagem quantitativa (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Participantes

A população-alvo foram os alunos de uma escola secundária, de um concelho do Norte de Portugal, constituída por 768 alunos do 3º ciclo e 1135 alunos do ensino secundário, perfazendo um total de 1903 alunos.

Os critérios de inclusão foram frequentar o 3º ciclo e o ensino secundário e devolver a declaração devidamente assinada pelo encarregado de educação. Como critério de exclusão estabeleceu-se o não cumprimento das normas de preenchimento do questionário, nomeadamente, ter dado respostas múltiplas a questões de apenas uma resposta e não ter assinalado a resposta válida.

A amostra ficou assim composta pelos alunos que estavam presentes no dia de recolha de dados, na sala de aula e que entregaram o consentimento informado, num total de 450 alunos, cerca de 23,6% da população. Trata-se, por isso, de uma amostra acidental.

Instrumento

Como instrumento de recolha de dados utilizamos um questionário de autopreenchimento, construído com base no instrumento utilizado no Projeto Aventura Social e validado para o efeito, através de um pré-teste,

aplicado a dez sujeitos com as mesmas características da amostra, de uma unidade de saúde, de um concelho vizinho.

Procedimentos

Num primeiro momento, foi formalizado um pedido de autorização para utilização de algumas questões, do questionário utilizado no Projeto Aventura Social, à coordenadora do mesmo. De seguida, foi efetuado um pedido de autorização para realização do pré-teste ao coordenador da unidade de saúde e procedeu-se à realização do pré-teste ao instrumento.

No passo seguinte foi efetuado um pedido de autorização para aplicação do questionário de recolha de dados à Direção-Geral da Educação, através da entidade Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, cujo parecer de autorização tem o n.º 0444700001 e, por último, ao Diretor do Agrupamento Escolar, onde se realizou o estudo, que também autorizou.

Prosseguimos efetuando uma reunião com o coordenador do Projeto de Educação para a Saúde (PES) da escola, na qual foi informado acerca dos objetivos do estudo e procedimento de recolha de dados. O referido coordenador articulou e forneceu informação aos outros docentes. Os professores de cada turma recolheram os consentimentos informados, distribuíram os questionários, que foram preenchidos em sala de aula. De seguida recolheram os questionários, que nos foram devolvidos em envelope fechado, pelo coordenador do PES. O período de recolha de dados decorreu de 6 a 13 de junho de 2014. Foram respeitados os princípios éticos, nomeadamente, o anonimato e a confidencialidade das declarações dos participantes.

Para o tratamento de dados construímos uma base de dados, no Programa Special Package for Social Sciences (SPSS 22.0), onde os mesmos foram inseridos. Recorremos à estatística descritiva com cálculo das frequências absolutas e relativas para todas as variáveis e a média e desvio-padrão, para as variáveis de rácio e à estatística inferencial, com a utilização dos testes estatísticos de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e de χ^2 . Considerámos como nível de significância 5%.

Apresentação e análise dos resultados

A apresentação de resultados respeitantes ao diagnóstico de situação focar-se-á apenas na caracterização sociodemográfica dos participantes, hábitos alimentares e de atividade física (AF).

Caraterização sociodemográfica dos participantes

Do total de alunos da amostra ($n=450$), a maioria era do sexo feminino (60,2%), pertencia ao grupo etário dos 15-17 anos (46,9%) e frequentava o ensino secundário (62,9%). A média da idade era $15,86 \pm 1,934$ anos e a moda de 18 anos.

Hábitos alimentares

Na caracterização dos hábitos alimentares pretendeu-se conhecer o número de refeições diárias dos alunos e a frequência de consumo de vários alimentos. Só nos iremos reportar a um grupo de três alimentos saudáveis e três alimentos altamente calóricos e de pouco valor nutricional.

Verificamos que 72,7% da amostra fazia quatro ou mais refeições diárias, sendo a média $5,05 \pm 1,007$ refeições/dia. A frequência do consumo de alimentos foi categorizada em consumo diário, não diário e nunca consome. Consumiam diariamente frutos, legumes crus e sopa, respetivamente, 54,9%, 42,4% e 33,3%, dos alunos. Por

outro lado, consumiam diariamente, bolos, batatas fritas e refrigerantes, respetivamente, 13,8%, 6,0% e 30,2%. Dos alimentos mais saudáveis a sopa é o menos consumido, enquanto nos alimentos altamente calóricos se salienta o elevado consumo de refrigerantes. Na distribuição por sexo, observamos que as raparigas consomem maior proporção frutos e legumes crus, nos alimentos saudáveis e apenas ingerem mais batatas fritas do que os rapazes, nos alimentos altamente calóricos (Tabela 1).

Tabela 1: **Frequência de consumo de alimentos (%)**

Alimentos/Frequência	Nunca			Não Diário			Diário		
	Masc. n=179	Fem. n=271	Total n=450	Masc. n=179	Fem. n=271	Total n=450	Masc. n=179	Fem. n=271	Total n=450
Frutos	3,4	0,7	11,8	43,5	43,1	33,3	53,0	56,0	54,9
Legumes crus	6,7	5,2	22,2	53,0	50,9	35,4	40,2	43,9	42,4
Sopa	5,6	3,7	26,3	60,3	63,4	40,4	34,0	32,8	33,3
Bolos/pastelaria	1,1	2,2	44,7	81,5	86,3	41,5	17,3	11,4	13,8
Batatas fritas	1,1	1,8	52,2	93,2	91,8	41,8	5,5	6,2	6,0
Refrigerantes	1,1	3,3	33,3	65,9	68,2	36,5	32,9	28,4	30,2

Legenda: Masc. – Masculino; Fem. – Feminino.

A frequência de consumo de frutos, legumes crus e sopa não difere significativamente entre os sexos ($p \geq 0,05$).

A frequência de consumo de bolos/pastelaria difere significativamente entre os sexos (MW: $p \leq 0,028$), sendo que o sexo masculino consome este tipo de alimentos mais frequentemente, tendo obtido uma ordenação média de 240,70 versus 215,46 do sexo feminino.

A frequência de consumo de batatas fritas também difere significativamente entre os sexos (MW: $p \leq 0,020$), em que o sexo masculino consome este tipo de alimento mais frequentemente, uma vez que obteve uma ordenação média de 240,98 versus 215,27 do sexo feminino.

A frequência de consumo de refrigerantes difere significativamente entre os sexos (MW: $p \leq 0,008$), sendo que o sexo masculino consome este tipo de bebidas mais frequentemente, tendo obtido uma ordenação média de 244,23 versus 213,13 do sexo feminino.

Atividade física

Com este grupo de questões pretendíamos conhecer o tempo despendido com a AF fora do horário escolar. A Tabela 2, permite verificar que o maior grupo de alunos (46,2%), segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), quanto à prática de AF, para este grupo etário. Contudo existem 36,2% de alunos que praticam AF menos de 300 minutos/semana e 17,6% foram considerados sedentários, perfazendo um total de 53,8% de alunos que não praticam AF de acordo com as recomendações da OMS, para este grupo etário (300 minutos por semana). A proporção de rapazes sedentários era metade da das raparigas e muito superior na categoria dos que praticavam mais de 300 minutos/semana.

A duração da prática de AF fora do horário escolar difere significativamente quanto ao sexo (MW: $p \leq 0,000$), em que o sexo masculino praticava AF mais tempo por semana do que o sexo feminino, uma vez que obteve uma ordenação média de 252,51 versus 207,66 do sexo feminino.

A duração da prática de AF fora do horário escolar difere significativamente quanto ao grupo etário (KW: $p \leq 0,038$), em que os alunos mais jovens (12-14 anos) eram aqueles que praticavam AF durante mais tempo, tendo obtido uma ordenação média de 248,48 versus 214,28 dos alunos dos 15 aos 17 anos, que eram os que praticavam AF durante menos tempo.

A duração da prática de AF fora do horário escolar não difere significativamente quanto ao ano de escolaridade (KW: $p \geq 0,145$).

Nas restantes etapas do planeamento em saúde foi identificado um conjunto de problemas, que foram priorizados segundo o método de Decision Alternative Rational Evaluation (DARE). O problema que obteve a maior pontuação foi “70% dos alunos não consomem os alimentos saudáveis com a devida frequência”, com 720 pontos, seguido pelo problema “17,6% dos alunos não pratica AF” com 490 pontos. De seguida foram formulados um objetivo geral e objetivos operacionais, tendo sido selecionadas como estratégias sessões de EpS sobre a temática Alimentação saudável” e “Benefícios da prática de AF”; conto ilustrado “Comer ... com saber”, aula prática de zumba. As atividades decorreram na semana de 13 a 17 de outubro de 2014, tendo-se concentrado no dia 16 a maior parte delas. A avaliação das referidas atividades foi efetuada através de indicadores de atividade. Dos 193 alunos da população alvo, 183 estiveram presentes nas atividades, perfazendo 94,8% dos alunos, tendo-se ultrapassado a meta proposta.

Para efeito de avaliação foi também aplicado o mesmo questionário utilizado no diagnóstico de situação e de saúde, no dia 10 de dezembro de 2014, à população alvo das intervenções (193 alunos), dos quais só conseguimos o retorno de 133 questionários. Estes resultados foram comparados com os do diagnóstico de situação inicial. A comparação permite-nos verificar um aumento da proporção do consumo diário de alimentos saudáveis e uma diminuição do consumo de bolos/pastelaria e de refrigerantes. Constatou-se também uma grande diminuição dos alunos sedentários e aumento da proporção do grupo que praticava mais de 300 minutos/semana.

Discussão dos resultados

A discussão dos resultados será efetuada quanto à caracterização sociodemográfica, seguindo-se os hábitos alimentares e de AF.

As características sociodemográficas da nossa amostra diferem das do estudo realizado por Carvalho et al. (2007), com uma amostra de 466 alunos, que frequentavam escolas do 2º e 3º ciclo e do ensino secundário, em que existia uma ligeira maioria do sexo masculino (50,2%) e do grupo etário dos 14-16 anos (46,4%), sendo a média de $14,67 \pm 1,79$ anos. A amostra em estudo era por isso constituída por alunos mais velhos, o que se explica porque não integrava alunos do 2º ciclo.

A proporção de alunos que fazia 4 ou mais refeições diárias (72,7%) e a média de refeições por dia (5,5) são superiores às obtidas no estudo de A. Carvalho et al. (2011), com uma amostra de 136 alunos, do 8º ano de escolaridade, de uma escola secundária, que foram respetivamente, 46,3% e a média 4,4 refeições diárias. A nossa amostra faz, por isso, um maior fracionamento das refeições, tendo um comportamento alimentar mais adequado, no que se refere à frequência das refeições.

A proporção de alunos do presente estudo, que consome diariamente frutos e legumes crus é bastante superior à obtida por A. Carvalho et al. (2011), mas também é quase o dobro, no caso dos alimentos altamente calóricos. Assim, se por um lado, temos um aspeto positivo de maior consumo de alimentos saudáveis, também se verifica um considerável consumo de alimentos altamente calóricos.

No que diz respeito à AF os dados do nosso estudo não vão de encontro aos obtidos por Matos, Carvalhosa e Diniz (2001), que investigaram o comportamento dos jovens em idade escolar, quanto à prática de AF, numa amostra de 6903 alunos, do 6º, 8º e 10º ano, a nível nacional. Os autores verificaram que 71,9% dos alunos praticavam AF, segundo as recomendações da OMS, percentual bastante superior ao obtido no nosso estudo. Os participantes do presente estudo são por isso, mais sedentários, do que os participantes no estudo atrás mencionado.

No estudo de A. Carvalho et al. (2011), o percentual de alunos que cumpre as recomendações da OMS, quanto à prática de AF, para este grupo etário eram 47,8%, percentual ligeiramente superior ao obtido no nosso estudo. No entanto, quando comparamos os percentuais dos alunos sedentários, o estudo atrás mencionado obteve um percentual de 1,5%, enquanto no nosso estudo o mesmo percentual atingiu os 17,1%, valor bastante superior. Quando analisamos os dados em função do sexo, os resultados dos dois estudos são muito semelhantes, com os rapazes a praticar AF com mais frequência e durante mais tempo do que as raparigas.

Conclusões

Depois de analisar todo o percurso investigativo estamos agora em condições de elencar um conjunto de conclusões que passamos a descrever.

A caracterização dos hábitos alimentares e de AF praticada permite-nos concluir que existe um défice de consumo diário de frutos, legumes crus e sopa e um consumo elevado de refrigerantes, sendo que 53,8% dos alunos participantes não pratica AF, de acordo com as recomendações da OMS e a maioria despende mais de 2H/dia em lazer sedentário.

As variáveis sociodemográficas mostraram-se pouco discriminativas, na relação com os hábitos alimentares e de AF ($p \geq 0,05$). Apenas foi possível constatar relação entre a frequência de consumo de bolos/pastelaria, batatas fritas e refrigerantes, com a variável sexo, sempre com os rapazes a deterem maior consumo destes alimentos e entre a duração da AF/semana e o grupo etário, sendo os alunos mais novos, os que praticavam mais tempo.

Descrevemos todas as etapas do planeamento em saúde e na etapa da avaliação foi possível constatar que as metas propostas foram ultrapassadas, que se verificou um aumento do consumo diário de alimentos saudáveis e diminuição do consumo dos alimentos altamente calóricos, assim como diminuição do percentual de alunos sedentários e um aumento dos que seguem as recomendações da OMS, para a prática de AF neste grupo etário.

A principal limitação do estudo realizado no âmbito do diagnóstico de situação relaciona-se com o facto de ser de natureza transversal.

Este projeto e o estudo em que se baseou constitui um ponto de partida para a Unidade de Cuidados na Comunidade, desta área geográfica, que passa a dispor de um instrumento, que lhe permite conhecer melhor a realidade desta população e adequar melhor as intervenções futuras, que irão dar continuidade e consolidar os resultados das intervenções que se realizaram. Deste modo este estudo poderá ter implicações na prática profissional.

Referências bibliográficas

- BRANCO, Susana; JORGE, Maria do Sameiro e CHAVES, Helena. Obesidade infantil. A realidade de um Centro de Saúde. *Acta Medica Portuguesa*, 2011, Vol. 24, n.º S2, p. 509-516.
- CARVALHO, Amâncio A. et al. Um olhar sobre os hábitos alimentares e de lazer de jovens adolescentes. In *Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde: Novas realidades, novas práticas - Livro de resumos*, 2007. Braga: Universidade do Minho, p. 49-50.
- CARVALHO, Amâncio A. et al. Obesidade em alunos do 3º ciclo. *Nursing*, 2011, Suplemento, Vol. 271, nº 23, p. 2-9.
- CARVALHO, Maria et al. Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2011, Vol. 29, nº 2, p. 148-156.
- COSTA, Cláudia D.; FERREIRA, Maria G. e AMARAL, Rosário. Obesidade Infantil e Juvenil. *Acta Medica Portuguesa*, 2010, Vol. 23, nº 3, p. 379-384.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: DGS, 2005. ISBN 972-675-128-4.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Orientações programáticas*. Lisboa: DGS, 2012.
- ENES, Carla C. e SLATER, Betzabeth. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 2010, Vol. 13, nº 1, p. 163-171.
- FERREIRA, Joana S. *Prevalência de obesidade infanto-juvenil: associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental*. Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, 2010.
- FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José e FILION, Françoise. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FREITAS, Andréa; COELHO, Simone e RIBEIRO, Ricardo L. Obesidade infantil: Influência de hábitos alimentares inadequados. *Saúde & Ambiente em Revista*, 2009, Vol. 4, nº 2, p. 9-14.
- MARCHI-ALVES, Leila M. et al. – Obesidade infantil ontem e hoje: Importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. *Escola Anna Nery*, 2011, Vol. 15, nº 2, p. 238-244.
- MATOS, M.G.; CARVALHOSA, S.F. e DINIZ, J.A. *Atividade física e prática desportiva nos jovens portugueses* [Em linha]. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana, 2001. [Consultado 20 Março 2016]. Disponível em: <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/ACTFisicapdf>
- MAZARO, Isabela AR. et al. Obesidade e fatores de risco cardiovascular em estudantes de Sorocaba, SP. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2011, Vol. 57, nº 6, p. 674-680.
- PEREIRA, Paulo e LOPES, Liliana C. Obesidade infantil: Estudo em crianças num ATL. *Millenium*, 2012, Vol. 42, p. 105-125.
- REUTER, Eboni et al. Obesidade e hipertensão arterial em escolares de santa Cruz do Sul – RS, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2012, Vol. 58, nº 6, p. 666-672.
- World Health Organization. *Recommendations on Physical Activity for Health*. [Em linha]. Copenhagen: WHO, 2011. [Consultado 27 maio 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. *European food and nutrition Action Plan 2015-2020* [Em linha]. Copenhagen: WHO, 2014. [Consultado 21 março 2016]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf

Resiliência e burnout em trabalhadores de enfermagem

Elisabete Borges¹; Silmar Silva²; Cristina Queirós³; Patricia Baptista⁴ & Margarida Abreu⁵

¹Escola Superior de enfermagem do Porto, Professora Adjunta, (elisabete@esenf.pt); ²Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil, Enfermeira, (silmarmaria@uol.com.br); ³Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Professora Auxiliar, (cqueiros@fpce.up.pt); ⁴Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil, Professora Associada, (pavanpati@usp.br); ⁵Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora, (mabreu@esenf.pt)

Resumo

Introdução: O stress no trabalho e o Burnout geram significativas preocupações em enfermagem, afetando tanto os indivíduos e organizações. A resiliência permite a recuperação do equilíbrio perante situações de níveis elevado de stress.

Objetivo: Conhecer os níveis de Resiliência e de Burnout em enfermeiros e a relação entre ambos.

Metodologia: Foram aplicados um questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional, a Escala de Resiliência e o Maslach Burnout Inventory. Participaram de forma anônima e voluntária 220 enfermeiros de hospitais públicos da área metropolitana do Porto, sendo 72% do sexo feminino, com idade média de 33,8 anos (DP=7,9), 56% solteiros e 63% não têm filhos, 82% têm a licenciatura, 73% têm vínculo definitivo, 79% trabalham em turno rotativo, tendo em média 10,8 anos (DP=7,9) de tempo de experiência na profissão e média de 6,7 anos (DP=6,4) de tempo na instituição.

Resultados: Encontraram-se níveis de moderada exaustão emocional, baixos valores de despersonalização e elevados valores de realização pessoal e médias elevadas de resiliência. Existe correlação negativa entre a exaustão emocional e resiliência, e correlação positiva entre a realização pessoal e resiliência. O turno apresentou resultado estatisticamente significativo ao nível da exaustão emocional e da despersonalização, apresentando valores mais elevados nos trabalhadores de turno rotativo em relação ao de turno fixo.

Discussão: A resiliência é uma variável capaz de reduzir a vulnerabilidade dos enfermeiros à exaustão emocional, e elevados valores de resiliência estão associados a menos stress, constituindo um fator de proteção do Burnout.

Conclusão: Os resultados demonstram que os enfermeiros que participaram neste estudo. apresentam moderada exaustão emocional, alertando para a prevenção do burnout, nomeadamente no que se refere aos turnos. A resiliência apresentou resultados elevados, surgindo como fator de proteção do Burnout.

Palavras-chave: Stress; Esgotamento Profissional; Resiliência; Enfermagem

Abstract

Introduction: Job stress and burnout are a significant concern in nursing settings, affecting both individuals and organizations. Resilience enables balance recovery after facing high levels of stress.

Aims: To know resilience and burnout the levels among nurses, and the relationship between them.

Methodology: We applied a sociodemographic and professional characterization questionnaire, the Resilience Scale and the Maslach Burnout Inventory. A sample of 220 nurses from public hospitals in the metropolitan area of Porto anonymously and volunteer participated, being 72% female, with an average age of 33.8 years (SD=7.9), 56% non-married, 63% without children, 82% graduated, 73% having a definitive bond, 79% work in rotating shift. They also have an average of 10.8 years (SD=7.9) of professional experience and an average of 6.7 years (SD=6.4) time at the institution.

Results: Moderate levels of emotional exhaustion were found and also low values of depersonalization, high values of personal achievement, and high levels of resilience. There is a negative correlation between emotional exhaustion and resilience, and a positive correlation between personal achievement and resilience. Shift showed a statistically difference for emotional exhaustion and depersonalization, showing higher values in rotating shift workers when compared with fixed shift.

Discussion: Resilience is an important variable to reduce the vulnerability of nurses to emotional exhaustion, and high resilience values are associated with less stress, being protective factor for Burnout.

Conclusion: Results showed that the nurses who participated in this study present moderate emotional exhaustion, alerting to burnout prevention, especially, job shifts. Resilience showed high results, emerging as a burnout protective factor.

Keywords: Stress; Burnout; Resilience; Nursing

Introdução

O stress no trabalho e o Burnout dos trabalhadores de enfermagem têm gerado preocupações, pois afetam tanto os indivíduos como as organizações (Davey et al., 2016).

O stress no trabalho é considerado um processo de adaptação temporária acompanhado por sintomas fisiológicos, físicos e/ou cognitivos (Davey et al., 2016). No entanto, quando o enfrentamento desta situação laboral se torna prolongado, o trabalhador pode passar a apresentar um aumento na exaustão emocional e na despersonalização e redução na realização pessoal, caracterizando a síndrome de Burnout, resposta ao processo de stress crônico ocupacional (Maslach e Leiter, 2008).

A exposição ao stress crônico no cotidiano de trabalho da enfermagem pode ser evidenciada por diferentes elementos que têm gerado altos níveis de stress, como: jornadas de trabalho prolongadas, dimensionamento pessoal não adequado em termos quantitativos e qualitativos, falta de reposição dos trabalhadores decorrente do absentismo-doença, alta produtividade, alcance de objetivos institucionais e de indicadores produtivos e de qualidade, relações de poder e hierárquicas extremamente demarcadas, exposição aos agentes biológicos, aos agentes químicos, entre outros (Abreu, Gonçalves e Simões, 2014; Metzger, 2011; Ramos, Souza, Gonçalves, Pires e Santos, 2014).

Assim, o trabalho de enfermagem é composto por diferentes aspectos contribuintes na manutenção do stress e, muitas vezes, não há muito que se possa fazer. No entanto, uma possibilidade para o enfrentamento do stress proposta por Maslach e Leiter (2005) consiste em pensar em estratégias para aumentar o número de aspectos positivos do trabalho. Pode-se também utilizar a resiliência para fortalecer e proteger o trabalhador perante os fatores stressores.

Algumas pesquisas já vêm demonstrando a promoção das características sadias e protetoras dos trabalhadores, ou seja, fortalecer o trabalhador por meio da promoção da resiliência frente às adversidades a que estão submetidos, como uma estratégia para o enfrentamento do stress laboral elevado (Belancieri, 2007; Chan, Chan e Kee, 2013; Rodrigues, Barbosa e Chiavone, 2013).

Grotberg (2005, p. 15) define resiliência como “a capacidade humana para enfrentar, vencer e sair fortalecido ou transformado por experiências de adversidade”, denotando a ideia de evolução. Na verdade, a resiliência permite ao trabalhador recuperar o seu equilíbrio, perante níveis elevados de stress no seu ambiente de trabalho (Wagnild, 2011).

Este trabalho tem como objetivo conhecer os níveis de Resiliência e de Burnout em enfermeiros e a relação entre ambos.

Metodologia

Participantes

Estudo transversal, descritivo e comparativo efetuado em enfermeiros de hospitais públicos da área metropolitana do Porto. Participaram de forma anônima e voluntária 220 enfermeiros de hospitais públicos da área metropolitana do Porto, sendo 72% do sexo feminino, com idade média de 33,8 anos (DP=7,9), 56% solteiros e 63% não têm filhos, 82% têm a licenciatura, 73% têm vínculo definitivo, 79% trabalham em turno rotativo, tendo em média 10,8 anos (DP=7,9) de tempo de experiência na profissão e média de 6,7 anos (DP=6,4) de tempo na instituição.

Instrumentos

Foram aplicados um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional, a Escala de Resiliência (adaptado de Pesce et al., 2005, do português do Brasil para português de Portugal; Wagnild e Young, 1993) e o Maslach Burnout Inventory (Marques-Pinto e Picado, 2011; Maslach e Jackson, 1997).

Procedimentos

Utilizou-se a técnica bola de neve (snowball) para a recolha de dados, e o contato inicial foi estabelecido com participantes do curso de especialização da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da investigação e dada garantia da confidencialidade e do anonimato, bem como foi fornecido o consentimento informado. A participação foi voluntária e preencheram os questionários em formato impresso.

O tratamento e análise dos dados foram realizados no programa IBM-SPSS 21.

Apresentação e análise dos resultados

Os participantes apresentaram moderada exaustão emocional, baixos valores de despersonalização e elevados valores de realização pessoal e resultados elevados de resiliência. Além disso, encontrou-se correlação negativa entre a exaustão emocional e resiliência, e correlação positiva entre a realização pessoal e resiliência (Tabela 1).

Tabela 1: Média, Desvio-padrão e Correlações de Pearson entre Burnout e Resiliência

Variáveis	M	DP	1	2	3	4
1. Exaustão Emocional	2,81	1,26				
2. Despersonalização	1,14	1,10	,435**			
3. Realização Pessoal	4,49	,83	-,273**	-,193**		
4. Competências Pessoais	5,76	,60	-,191**	-,117	,431**	
5. Aceitação de si mesmo e da vida	4,98	,77	-,287**	,458	,335**	,588**

*p ≤ 0.05 **p ≤ 0.01

A análise de regressão Enter (Tabela 2) revelou que as variáveis individuais (habilitações, sexo, estado civil, idade e existência de filhos) e profissionais (vinculo, turno, anos de experiência e anos na instituição) não são preditoras do burnout, enquanto a resiliência explica negativamente 9% do burnout e positivamente 25% da realização pessoal.

Tabela 2: Regressão (Enter) das variáveis individuais, profissionais e resiliência no burnout

Variável Dependente	Variáveis Preditoras	R ²	R ² change	F(sig)
Exaustão Emocional	Individuais	,026	,026	0,952 (,449)
	Profissionais	,074	,048	2,268 (,064)
	Resiliência	,164	,090	9,393 (,000***)
Despersonalização	Individuais	,043	,043	1,606 (,161)
	Profissionais	,086	,044	2,108 (,082)
	Resiliência	,094	,008	0,731 (,483)
Realização Pessoal	Individuais	,026	,026	0,974 (,435)
	Profissionais	,056	,030	1,381 (,242)
	Resiliência	,304	,248	31,072 (,000***)

*p<.050 **p<.010 ***p<.001

O turno apresentou diferença estatisticamente significativo ao nível da exaustão emocional ($p < 0,030$) e da despersonalização ($p < 0,001$), apresentando valores mais elevados nos trabalhadores de turno rotativo em relação ao de turno fixo (Tabela 3). As restantes variáveis sociodemográficas e profissionais não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 3: **Análise comparativa em função do turno**

	Turno	N	M	DP	Test t-Student
Exaustão Emocional	Fixo	46	2,44	1,34	,030
	Rotativo	172	2,90	1,22	
Despersonalização	Fixo	46	,73	,85	,001
	Rotativo	172	1,25	1,13	
Realização Pessoal	Fixo	46	4,69	,77	,056
	Rotativo	172	4,43	,84	
Competências Pessoais	Fixo	46	5,83	,51	,311
	Rotativo	172	5,73	,61	
Aceitação de si mesmo e da vida	Fixo	46	5,07	,68	,330
	Rotativo	172	4,95	,78	

Discussão dos resultados

Os participantes do estudo apresentaram altos valores na resiliência e baixos na exaustão emocional e na despersonalização, o que permite inferir que a resiliência em níveis elevados pode ser agente protetora e promotora da saúde mental dos trabalhadores de enfermagem perante as adversidades vivenciadas no ambiente de trabalho.

Um estudo recente que também encontrou altos níveis de resiliência e ausência de burnout numa amostra de enfermeiros hospitalares, afirma que a resiliência é uma variável capaz de reduzir a vulnerabilidade dos enfermeiros à exaustão emocional, e que elevados valores de resiliência estão associados ao aumento da esperança de vida e de redução do stress, sendo um fator de proteção contra o Burnout (Rushton, Batcheller, Schroeder e Donohue, 2015).

Belancieri e Kahhale (2011) acreditam que trabalhadores que apresentam comportamentos resilientes, ou seja, aqueles que procuram o equilíbrio emocional e conhecer-se a si próprios, preparam-se técnico-cientificamente de acordo com as exigências laborais, anteveem as dificuldades, constroem novos sentidos e ações e elaboram estratégias de enfrentamento perante as dificuldades quotidianas a que estão submetidos como déficit de recursos humanos, de recursos materiais, finitude e sofrimento dos pacientes, conflito interpessoal, entre outros.

Conclusões

Os resultados obtidos no estudo permitiram conhecer os níveis de resiliência e de burnout de enfermeiros de hospitais públicos da área metropolitana do Porto, bem como as correlações entre estas duas variáveis no sentido de verificar se a Resiliência se constitui como protetora do Burnout e promotora da saúde mental. Os resultados demonstraram que os enfermeiros que participaram no estudo apresentam moderada exaustão

emocional, alertando para a prevenção do burnout, revelando também que o turno influencia o burnout. A resiliência apresentou resultados elevados, surgindo como fator de proteção do burnout.

Referências bibliográficas

- ABREU, Renata Maria Dias; GONÇALVES, Rejane Maria Dias Abreu e SIMÕES, Ana Lúcia Assis - Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014, vol. 67, nº 3, pp. 386-93.
- BELANCIERI, Maria Fátima - *Promoção do processo de resiliência em enfermeiras: uma possibilidade*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007. Tese de Doutorado.
- BELANCIERI, Maria Fatima e KAHHALE, Edena Maria Severino Peters - A saúde do cuidador: possibilidades de promoção de resiliência em enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2011, vol 15, nº 1, pp. 121-128.
- CHAN, A. O., CHAN, Y.H., & KEE, J. P. - Exposure to crises and resiliency of health care workers in Singapore. *Occupational Medicine*, 2013, vol. 63, nº 2, pp. 141-144.
- DAVEY, Anuradha, et al. - Are the adverse psychiatric outcomes reflection of occupational stress among nurses: an exploratory study. *Asian Journal of Medical Sciences*, 2016, vol. 7, nº 1, pp. 96-100.
- GROTBERG, Edith Henderson Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo A., Ojeda E. N. S. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 15-22.
- MARQUES-PINTO, Alexandra e PICADO, Luís - *Bem-estar e adaptação nas escolas portuguesas*. Lisboa: Coisas de Ler. 2011.
- MASLACH, Christina e JACKSON, Susan E. MBI, *Inventário de Burnout de Maslach, síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial, manual*. Madrid: TEA. 1997.
- MASLACH, Christina e LEITER, Michael P. - Reversing burnout: How to rekindle your passion for your work. *Stanford social innovation review*, 2005, vol. 3, nº 4, pp. 43-49.
- MASLACH, Christina e LEITER, Michael P. - Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 2008, vol. 93, nº 3, pp. 498-512.
- METZGER, Jean-Luc - Mudança permanente: fonte de penosidade no trabalho? *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*, 2011, vol. 36, nº 123, pp. 12-24.
- PESCE, Rentat A., et al. - Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005, vol. 21, nº 2, pp. 46-448.
- RAMOS, Erica Lima, et al. - Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva, que tem moldado o perfil epidemiológico de adoecimento dessa categoria. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2014, vol. 6, nº 2, pp. 571-583.
- RODRIGUES, Rosana Trindade Santos, BARBOSA, George Souza e CHIAVONE, Paulo Antonio - Personalidade e Resiliência como Proteção contra o Burnout em Médicos Residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013, vol. 37, nº 2, pp. 245-253.
- RUSHTON, C. H, BATCHELLER, J, SCHROEDER, K. e DONOHUE, P. - Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 2015, vol. 24, nº 5, pp. 412-421.
- WAGNILD Gail M. *The Resilience Scale User's Guide for the US English version of the resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14)*. Worden, MT: The Resilience Center. 2011.
- WAGNILD, Gail M. e YOUNG, H. M. - Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1993, vol. 1, nº 2, pp. 165-178.

Satisfação no trabalho dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários

Rosário Vieira¹; Elisabete Borges² & Rosa Freire³

¹ACeS Tâmega II Vale Sousa Sul (Direção de Enfermagem), Enfermeira-Chefe, (rosvieira@portugalmail.com); ²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta, (elisabete@esenf.pt); ³Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta, (rosafreire@esenf.pt)

Resumo

Introdução: As mudanças que ocorreram nas organizações de saúde repercutiram-se nos aspetos psicossociais dos colaboradores. Por inerência da sua especificidade profissional, os enfermeiros deparam-se com fatores pessoais, profissionais e organizacionais capazes de condicionar a satisfação no trabalho (Borges, 2012). Pretende-se identificar o nível de satisfação no trabalho dos enfermeiros e sua variação em função de características individuais/profissionais.

Metodologia: Estudo exploratório, transversal de natureza quantitativa. Aplicou-se um questionário de sociodemográfico/profissional e de satisfação no trabalho S20/23 (Meliá e Peiró, 1989; Pocinho e Garcia, 2008), a 109 enfermeiros portugueses de um ACeS da zona norte de Portugal (77,1% mulheres, 72,5% com parceiro, tempo de serviço na profissão M=14,3 anos; 78,9% a trabalhar com horário fixo e 81,7% considera o trabalho stressante).

Resultado: Dos resultados preliminares salienta-se que a satisfação no trabalho global (S20/23) é de M=4,67 (DP=0,72) sendo a Satisfação com a supervisão a que apresenta valor mais elevado (M=4,97; DP=0,91) e o valor mais baixo a Satisfação com os benefícios e políticas da organização (M=3,82; DP=1,02).

Discussão: Estes resultados acompanham os valores encontrados por outros investigadores (Ferreira et al., 2010).

Conclusão: Os resultados encontrados apontam para a pertinência dos gestores desenvolverem estratégias, no que concerne à satisfação no trabalho dos enfermeiros, promovendo a saúde no local de trabalho, contribuindo deste modo para ambientes de trabalho saudáveis.

Palavras-chave: Satisfação no Trabalho; Saúde Ocupacional; Enfermagem

Abstract

Introduction: Recent changes that occurred in health organizations had an impact on the psychosocial aspects of employees. Due to their professional specificity, nurses must cope with personal, professional and organiza-

tional factors, which affect their job satisfaction (Borges, 2012). This study aims to identify job satisfaction level among nurses and verify if they vary according individual and professional characteristics.

Methodology: A quantitative study, exploratory and cross-sectional was done. A questionnaire was applied, including sociodemographic and professional questions, the S20/23 job satisfaction questionnaire (Melia & Peiró, 1989; Pocinho & Garcia, 2008) to a sample of 109 nurses from ACeS of North Portugal (77.1% women, 72.5% with partner, having M=14.3 years of job experience, 78.9% working with fixed schedule and 81.7% considered their job as stressful).

Results: Preliminary results showed that the overall job satisfaction (S20/23) is $M=4.67$ ($DP=0.72$), with satisfaction with the supervision presenting higher value ($M=4.97$; $DP=0.91$), while lower value was for satisfaction with benefits and policies of the organization ($M=3.82$; $DP=1.02$).

Discussion: These results follow the values founded by other researchers (Ferreira et al., 2010).

Conclusion: Results alert that managers should develop strategies focused on nurses' job satisfaction of nurses, promoting health at work and contributing to healthy work environments.

Keywords: Job Satisfaction; Occupational Health; Nursing

Introdução

Apesar da maioria dos indivíduos consagrarem uma parte da sua vida ao trabalho a importância que as pessoas lhe conferem difere bastante entre elas e evolui em função da idade e ao longo da vida. Por outro lado, cada indivíduo é em si mesmo irrepitível, com conceitos muito próprios sobre bem-estar e qualidade de vida, influenciados pela sua cultura, idade, literacia, condição socioeconómica, personalidade, contexto familiar, social, económico e político, entre outros. Por esta razão, determinado contexto de trabalho idêntico representa para um trabalhador um esforço físico ou mental consciente no sentido de cumprir objetivos organizacionais, para outro pode ser uma forma de criatividade, responsabilidade e um meio de crescimento e de superação e ainda para outro o trabalho pode constituir uma fonte de ansiedade, insegurança, angústia e consequentemente de stresse que em determinadas situações pode evoluir para burnout.

Na verdade as transformações que ocorreram nas organizações nomeadamente da saúde repercutiram-se nos aspetos psicossociais dos trabalhadores e concomitantemente nos enfermeiros. Por inerência da sua especificidade profissional, os enfermeiros deparam-se diariamente com problemas de índole pessoal, profissional e organizacionais capazes de conduzir ao burnout constituindo-se como grupo vulnerável para o desenvolvimento deste síndrome (Borges e Ferreira, 2013). Por outro lado, a enfermagem é uma profissão de elevada exigência a nível relacional pois focaliza a sua essência no cuidar e na relação interpessoal, enfermeiro/indivíduo, ou enfermeiro/grupo/comunidade.

Na procura de uma crescente produtividade a baixo custo nas organizações, inclusive da saúde, o aumento da carga horária e do ritmo de trabalho em detrimento da satisfação dos trabalhadores, refletem-se na qualidade de vida e no processo saúde/doença de cada profissional (Borges, 2012). Toda a atividade profissional dos enfermeiros parece estar condicionada pelo seu estado de segurança e saúde e também parece fundamental existir um equilíbrio a nível físico, psíquico e social, para que o enfermeiro esteja saudável e em condições de desempenhar com qualidade as suas funções.

Com a reforma em pleno desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), e a implementação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) em unidades de saúde, mudanças significativas se verificaram quer nas suas estruturas quer nos modelos de gestão até então vigentes. O novo modelo reorganizou e alterou contextos laborais e recursos humanos de acordo com o novo paradigma organizacional. Assim, a adaptação dos profissionais a esta nova realidade e às novas exigências laborais podem potenciar alguns fatores de (in)satisfação.

A satisfação profissional enquanto objeto de investigação no domínio da gestão de recursos humanos torna-se de crucial importância na atual conjuntura da reorganização dos CSP do trabalho dos enfermeiros e gestores de enfermagem. Esta problemática tem vindo a ser cada vez mais estudada por diversos autores (Cortese, 2007; Bronwyn, Bonner e Pryor, 2010; Castro et al., 2011). O presente estudo tem como objetivos identificar o nível de satisfação no trabalho dos enfermeiros e sua variação em função de características individuais/profissionais.

Metodologia

Trata-se de um estudo integrado no paradigma quantitativo, do tipo exploratório, descritivo e transversal.

Participantes

De uma população constituída por 115 enfermeiros a exercer funções num ACeS da zona norte de Portugal foram selecionados, através de uma amostra de conveniência 109 enfermeiros. Destes, 77,1% são do sexo feminino, 72,5% têm parceiro, 45,9% apresentam idade igual ou inferior a 35 anos, 66,1% referem ter filhos, 72,5% dos enfermeiros são licenciados, têm 14,3 anos de serviço na profissão; 78,9% trabalham em horário fixo, 81,7% considera o trabalho stressante e 49,5% pratica atividades de lazer.

Instrumentos

Recorremos à aplicação de um questionário socio-demográfico e profissional e o de satisfação no trabalho (S20/23) de Meliá e Peiró (1989) adaptado para a língua portuguesa por Pocinho e Garcia (2008) com base no Cuestionário de Satisfacción Laboral S20/23 (Meliá e Peiró, 1989) composto por 5 fatores (I-Satisfação com a supervisão; II-Satisfação com o ambiente físico do trabalho, III - Satisfação com os benefícios e políticas da organização; IV- Satisfação Intrínseca no trabalho e V- Satisfação com a participação) num total de 23 itens. O S20/23 avalia a satisfação no trabalho mediante uma escala de resposta Likert de sete possibilidades: do extremamente insatisfeito ao extremamente satisfeito. No presente estudo os valores de consistência interna (alfa de cronbach) na escala total foi de 0,91. Os cinco fatores (I a V) apresentam valores de 0,90; 0,78; 0,76; 0,82 e 0,81 respetivamente.

Procedimentos de análise dos dados

Foi solicitada autorização aos autores do S20/23 e efetuado um pre-teste a uma amostra aleatória de enfermeiros. Os questionários foram distribuídos e recolhidos em todas as unidades de saúde do ACeS, em envelope fechado e em número correspondente ao número de enfermeiros em cada unidade de saúde (US) pelo investigador ao enfermeiro chefe, ou na ausência deste aos interlocutores ou enfermeiros de referência nas unidades de saúde. O prazo estipulado para o seu preenchimento foi de 15 dias. Foram elaborados pedidos formais ao Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte e à Comissão de Ética da ARSNorte. Foi também solicitado o preenchimento do consentimento informado e esclarecido a todos os participantes no estudo, salientando-se a participação voluntária, a confidencialidade e o anonimato dos dados. Para o tratamento dos dados deste estudo utilizamos o SPSS 21 e recorremos aos procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial dos dados.

Apresentação e análise dos resultados

Dos resultados salienta-se que a satisfação no trabalho global (S20/23) é de $M=4,67$ ($DP=0,72$) com o valor mínimo de 3 e o máximo de 6, ou seja os enfermeiros encontram-se em média entre o “indiferente” e o “algo satisfeito”. Observamos ainda que todos os fatores da escala S20/23 apresentam valores superiores a 3,5. Sendo a Satisfação com a Supervisão (fator I) o que apresentou valor mais elevado ($M=4,97$; $DP=0,91$) ainda que com média muito próxima da Satisfação com o ambiente físico de trabalho (fator II, $M=4,89$; $DP=0,93$), da Satisfação intrínseca no trabalho (fator IV, $M=4,88$; $DP=0,95$) e da Satisfação com a participação (fator V, $M=4,85$; $DP=1,04$). A Satisfação com os benefícios e políticas da organização (fator III) foi o que apresentou valor médio mais baixo ($M=3,82$; $DP=1,02$), os enfermeiros expressam “alguma insatisfação”.

Através da comparação de médias constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na escala total S20/23 e nos fatores (I a V) em função do sexo, ter filhos, tempo de serviço na instituição, vínculo e o desempenhar funções no Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU). Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na Satisfação com o ambiente físico de trabalho (fator II) em função da idade, os enfermeiros com idade igual ou superior a 36 anos apresentam média superior ($M=5,0$; $DP=0,84$) aos de idade igual ou inferior a 35 anos ($M=4,7$; $DP=1,01$); $t(107)=-2,022$; $p=0,046$; na Satisfação com a participação (fator V) e na Satisfação com o trabalho (escala total) em função do estado civil, os enfermeiros com parceiro apresentam maior percepção de satisfação ($M=5,0$; $DP=1,05$; $M=4,7$; $DP=0,75$) comparativamente aos enfermeiros sem parceiro ($M=4,4$; $DP=0,88$; $M=4,4$; $DP=0,57$), $t(107)=-2,881$; $p=0,005$ e $t(107)=-2,230$; $p=0,028$, respetivamente.

Relativamente ao grau académico são os enfermeiros com Especialidade/Pós-Graduação/Mestrado, os que apresentam maior percepção de Satisfação com o ambiente físico de trabalho (fator II, $M=5,2$; $DP=0,93$), $t(107)=-2,228$; $p=0,028$ comparativamente aos enfermeiros com licenciatura ($M=4,7$; $DP=0,91$). Na Satisfação com o ambiente físico de trabalho (fator II) em função do tempo de serviço na profissão, os enfermeiros com tempo de serviço na profissão igual ou inferior a 12 anos apresentam média inferior ($M=4,7$; $DP=1,0$) comparativamente aos enfermeiros com tempo de serviço na profissão igual ou superior a 13 anos ($M=5,0$; $DP=0,83$) $t(107)=-2,077$; $p=0,040$.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de horário e a escala total S20/23 ($p=0,018$), a Satisfação com os benefícios e políticas da organização (fator III, $p=0,018$) e a Satisfação com a participação (fator V, $p=0,004$), sendo os enfermeiros com turno rotativo os que apresentam Mean Rank mais elevado ($U=945,500$; $U=945,000$; $U=997,500$). Os enfermeiros que desempenham atividades num local de trabalho no ACeS excepto USF apresentam Mean Rank superior aos que desempenham numa USF na Satisfação com o ambiente físico de trabalho (fator II, $U=1.495,000$).

A nível da Satisfação intrínseca no trabalho (fator IV) em função dos enfermeiros considerarem o seu trabalho stressante, os enfermeiros que consideram o seu trabalho stressante apresentam Mean Rank inferior ($51,7$; $U=600,000$; $p=0,022$).

Atendendo à variável atividades de lazer constatamos que os enfermeiros que realizam atividades de lazer percebem maior Satisfação intrínseca no trabalho (fator IV, $M=5,1$; $DP=0,97$); comparativamente aos que não a realizam ($M=4,6$; $DP=0,82$); $t(107)=-2,703$ $p=0,008$. Das atividades de lazer realizadas pelos enfermeiros salienta-se as associadas a atividade física (ginásio e caminhadas) seguindo-se o voluntariado.

Discussão dos resultados

Partindo da análise dos resultados apresentados podemos concluir neste estudo que a Satisfação no trabalho dos enfermeiros, avaliada pela escala total S20/23 se encontra em média entre o “indiferente” e o “algo satisfeito”. Também Dias (2012) no seu estudo, aplicando a S20/23, encontrou resultados similares. De igual modo, os resultados obtidos no presente estudo encontram sustentação teórica nas teorias processuais nomeadamente no Modelo das Características de Função ou do Trabalho de Hackman e Oldham (1976), segundo o qual a satisfação surge das características inerentes à atividade laboral, assenta na motivação intrínseca e está diretamente ligada ao prazer que o indivíduo sente em realizar suas tarefas laborais dentro da organização (indivíduos que acolhem desafios, que sentem necessidade de desenvolvimento individual, interessam-se mais pelo trabalho e têm um bom desempenho, apresentam maior satisfação profissional).

Estudos de Ferreira (2011) e Matos (2012) sobre satisfação profissional em enfermeiros e outros profissionais de um ACeS, corroboram os resultados encontrados, ao verificarem a não inexistência de diferença entre homens e mulheres quanto à satisfação no trabalho. Relativamente à idade são os enfermeiros com idade igual ou superior a 36 anos que apresentam maior perceção de satisfação com o ambiente físico de trabalho. Ferreira et al. (2010) corroboram esta perspetiva ao concluírem que os participantes mais novos se encontravam menos satisfeitos com as condições do ambiente físico de trabalho.

Os enfermeiros com Especialidade/Pós-Graduação/Mestrado apresentam maior perceção de Satisfação com o ambiente físico de trabalho. Este resultado é corroborado pela perspetiva de Locke (1976) ao referir que os elementos causais da satisfação no trabalho se encontram relacionados com o próprio trabalho neste caso com as condições de trabalho e ambiente de trabalho e a interação que se estabelece entre o trabalhador e o meio ambiente de trabalho.

Os enfermeiros com tempo de serviço na profissão igual ou inferior a 12 anos apresentam uma perceção inferior de satisfação. Também Azevedo (2012) verificaram que quanto menor o tempo de serviço maior a insatisfação profissional global. Relativamente ao tipo de horário os resultados encontrados são consolidados pelas investigações de Pereira (2010) e Moura (2012), nas quais os enfermeiros com horário fixo, apresentam uma satisfação ligeiramente maior do que os enfermeiros com horário por turnos.

Quanto à variável atividades de lazer os enfermeiros que realizam atividades de lazer percecionam maior Satisfação intrínseca no trabalho. Segundo a teoria bifactorial de Herzberg (1976) as necessidades intrínsecas do trabalho ou motivacionais podem contribuir para elevados níveis e satisfação no trabalho, que corrobora o presente estudo.

Os enfermeiros que desempenham atividades num local de trabalho no ACeS excepto USF apresentam uma perceção superior aos que desempenham numa USF na Satisfação com o ambiente físico de trabalho. Bastos (2014) ao estudar a perceção dos enfermeiros relativamente ao novo modelo de gestão das unidades de saúde familiar, concluiu que os enfermeiros apontaram como um dos fatores facilitadores do processo de mudança organizacional as condições físicas e de materiais.

Os enfermeiros participantes no nosso estudo ao nível da Satisfação intrínseca no trabalho (fator IV) consideram o seu trabalho stressante. Borges (2012) identificou o stresse como fator psicossocial que interferiu negativamente na perceção da qualidade de vida dos enfermeiros.

Conclusão

Os enfermeiros percebem uma satisfação no trabalho (escala total e seus fatores) que varia do “indiferente” a “algo moderada”. No que se refere às variáveis sociodemográficas e a sua influência na satisfação no trabalho dos enfermeiros, constatamos que o sexo, ter filhos, tempo de serviço na instituição, o tipo de vínculo e o desempenhar funções no SASU não influenciam a satisfação no trabalho. Idade, tempo de serviço na profissão, local de trabalho, tipo de horário, atividades de lazer e trabalho stressante associam-se à percepção de satisfação no trabalho.

Consideramos que estes resultados podem ser utilizados como propulsor na conceção, implementação e avaliação de medidas preventivas e corretivas no ambiente psicossocial dos enfermeiros, visando a promoção e proteção da sua saúde. Neste sentido constituirá uma ferramenta para a gestão de recursos humanos, fundamental no planeamento estratégico do ACEs, nomeadamente na tomada de decisão sustentada.

Referencias bibliográficas

- AZEVEDO, Rosemere Oliveira Bezerra - *Satisfação no Trabalho dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto, 2012.
- BASTOS, Aurora Margarida Pereira - *Novo Modelo de Gestão nas Unidades de Saúde Familiar: A percepção dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2014.
- BORGES, Elizabete; FERREIRA, Teresa - Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2013, vol. 10, pp. 37-42.
- BORGES, Elizabete Maria das Neves - *Qualidade de Vida Relacionada com o Trabalho: Stresse e Violência Psicológica nos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa do Porto, 2012.
- BRONWYN, Hayes; BONNER, Ann.; PRYOR, Julie. Factors Contributing to Nurse Job Satisfaction in the Acute Hospital Setting; a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 2010, vol.18, nº7, pp. 804-14.
- CASTRO, Jorge et al.- Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/ Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2011, vol. 29, nº 2, pp.157-172.
- CORTESE, Claudio Giovanni - Job Satisfaction of Italian Nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 2007, vol.15, pp. 303-312.
- DIAS, Sofia Raquel Silva - *Influência dos Traços de Personalidade no Burnout nos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2012.
- FERREIRA, Joaquim Armando et al. - Contributo para o estudo psicométrico da versão portuguesa do questionário de satisfação laboral S20/23. *Psychologia*, 2010, vol. 52, pp. 7-34.
- FERREIRA, Vera Lúcia Araújo - *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários no Distrito de Braga*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Faculdade de Economia da Universidade do Porto. 2011.
- HACKMAN, J. Richard e OLDHAM, Greg R. - Motivation through the Design of Work: Test of a Theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 1976, vol.16, pp. 250-279.
- HERZBERG, Frederick - *The Managerial Choice, to be Efficient and to be Human*, Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, 1976.
- LOCKE, Edwin A. - The Nature and Causes of Job Satisfaction. In M. D. Dunnette, *Handbook of industrial and Organizational Psychology*. Chicago, rand Mc Nally. 1976, p. 1297-1349.
- MATOS, Vitor Manuel Mendonça Albergaria - *Monitorização da Satisfação Profissional num Agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde Coimbra, Universidade de Coimbra. 2012.

MELIÁ, J. L., & PEIRÓ, J. M.- El Cuestionario de Satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez [The S10/12 Job Satisfaction Questionnaire: Factorial structure, reliability and validity]. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 1989, Vol.4 (11), p.179-187.

MOURA, Sandra Cristina Mendo - *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança. 2012.

PEREIRA, Paula Maria Gomes - *A Satisfação dos Profissionais de Saúde no Centro Hospitalar do Nordeste*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, 2010.

POCINHO, Margarida Dias & GARCIA, j. Costa - Impacto Psicosocial de La Tecnología de Informacion y comunicacion (TIC): Tecnostres, Danos físicos y Satisfaccion laboral. *Acta Colombiana de Psicología*, 2008, Vol.11 (2), p.127-139.

Imunização contra o vírus do papiloma humano no sexo masculino: percepções dos pais

Sandra Mota¹; Margarida Abreu² & Teresa Tomé³

¹ACES Grande Porto VII/Gaia, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Soares dos Reis (UCSP-Soares dos Reis) - Polo de Vilar de Andorinho, Enfermeira (srsandramota@gmail.com); ²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora (mabreu@esenf.pt); ³Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta (teresatome@esenf.pt)

Resumo

Introdução: As pesquisas demonstram que nos últimos anos a problemática sobre o Vírus do Papiloma Humano (HPV) tem como foco de atenção o sexo feminino, mas o sexo masculino também é uma preocupação, dado que o HPV está associado a vários tipos de cancro no homem. A literatura demonstrou a eficácia da vacina tetravalente contra o HPV no sexo masculino na proteção contra vários tipos de cancros causados por este vírus. Este estudo teve como objetivos: avaliar os conhecimentos dos pais dos adolescentes do sexo masculino em relação ao HPV e identificar as suas percepções acerca da imunização contra o HPV.

Metodologia: Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, exploratório e transversal, com 16 pais de adolescentes do sexo masculino com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos. Como técnica de recolha de dados utilizou-se a entrevista semi-dirigida. No tratamento de dados foi usada a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: Os resultados mostraram que os conhecimentos dos pais dos adolescentes do sexo masculino acerca do HPV estão associados: à via de transmissão, à infeção do HPV associada a doenças relacionadas com as mulheres, à doença oncológica. As percepções dos pais dos adolescentes do sexo masculino sobre a imunização contra o HPV baseiam-se: na vacina como uma medida com impacto na saúde; no seu interesse na realização da vacina e na importância em vacinar os seus filhos.

Discussão: Zimet e Rosenthal (2010), no seu estudo de revisão da literatura, também concluíram que os pais dos adolescentes estavam interessados na realização da vacina e os enfermeiros mostravam-se interessados em a recomendar.

Conclusão: Os enfermeiros têm muitos desafios e contributos a dar às comunidades principalmente aos jovens, realizando ações estratégicas de promoção da saúde nos cuidados de saúde primários.

Palavras-chave: Vírus do Papiloma Humano; Sexo masculino; Imunização; Enfermagem

Abstract

Introduction: Research against Human Papilloma Virus (HPV) has demonstrated over recent years a focus on females and cervical cancer, but the male is also a concern since HPV is associated with several types of cancers in men. The literature has demonstrated the quadrivalent vaccine efficacy against HPV infection throat cancers in men. The study had as objectives: evaluate the knowledge of male adolescents' parents about HPV and identify the perceptions of male adolescents' parents about HPV immunization.

Methods: We developed qualitative, exploratory and transversal study. Data were collected using a semi-structured interview, with 16 male adolescents parents aged 13 and 17 years old. Analysis was based on Bardin's content analyses.

Results: The results showed the knowledge of male adolescent's parents about HPV is associated to: the transmission, HPV infection associated with women - related diseases, oncological disease. The perception of male adolescents parents about HPV immunization considered: the vaccine is a measure impacting on health; the most parents undertake the vaccine and seem interested in vaccinating their children.

Discussion: Zimet and Rosenthal (2010), in their literature revision, also found that parents of teenagers were interested in the realization of the vaccine and nurses show interest in to recommend.

Conclusion: Nurses have many challenges and contributions to the communities and especially young people, being necessary to intensify strategic actions for health promotion in primary care.

Keywords: Human Papilloma Virus; Male; Immunization; Nursing

Introdução

A infecção causada pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) tem uma elevada prevalência a nível mundial, estimando-se que cerca de 50 a 80% da população sexualmente ativa será infetada durante a sua vida. Tem ainda uma elevada prevalência em jovens sexualmente ativos (Burg e Palefsky, 2009; Fedrizzi, 2011; Panatto et al., 2012). Sabe-se que metade dos novos casos surgem nos três primeiros anos de atividade sexual (Fedrizzi, 2011; Panatto et al., 2012). Assim, é importante referir que em Portugal a prevalência de iniciação sexual em jovens até aos 18 anos oscila entre 23% e 27% (Ferreira, 2008; Ribeiro, 2013). No sexo masculino a iniciação sexual na sua maioria (53%) é antes dos 17 anos de idade (Ferreira, 2008), tendendo a ter um maior número de parceiros sexuais (Ribeiro, 2013).

A infecção por HPV é a causa de quase todos os cancros cervicais, bem como um número significativo de cancros de vulva e vagina (Stanley, 2012). Porém, a infecção causada pelo HPV no sexo masculino constitui também uma preocupação (Palefsky, 2010). O homem é o principal vetor da doença na mulher, mas a doença causada pelo HPV está também associada situações oncológicas no homem, nomeadamente, o cancro anal, do pênis e oral (Shafran, 2009; Palefsky, 2010; Stanley, 2012).

Perante este cenário podemos afirmar que a infecção causada pelo HPV é um problema de Saúde Pública (Hillman et al., 2011; Leite, Lisboa e Azevedo, 2011). Torna-se assim fundamental adotar estratégias de prevenção da doença, reduzindo assim a incidência e prevalência da doença nas populações (Czeresnia, 2003). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2012) a vacinação é uma medida preventiva a nível individual e comunitário

contribuindo assim para aumentar quer a qualidade de vida quer a esperança de vida e a redução dos custos dos cuidados de saúde.

Hilman et al. (2011), nos seus estudos realizados em vários países, demonstraram a eficácia da vacina tetravalente contra o HPV em homens para doenças associadas aos genótipos 6, 11, 16, 18 com valores de 88,9%, 94,0%, 97,9%, e 57,0% respetivamente. Face a estes dados podemos afirmar que a vacina tetravalente é útil na prevenção das doenças causadas pelo HPV no sexo masculino, tais como o cancro anogenital, da orofaringe e os condilomas acuminados anogenitais, reduzindo a transmissão viral em comportamentos sexuais heterossexuais ou homossexuais. Neste contexto emergiu a seguinte pergunta de partida: Qual a perceção dos pais dos adolescentes do sexo masculino relativamente à vacina contra o Vírus do Papiloma Humano?

Este estudo teve como objetivos: (1) avaliar os conhecimentos dos pais dos adolescentes do sexo masculino em relação ao HPV e (2) identificar as perceções destes acerca da imunização contra o HPV.

Metodologia

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, exploratório e transversal, com 16 pais de adolescentes do sexo masculino com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, residentes num concelho do Grande Porto.

Para o recrutamento dos participantes utilizou-se a técnica metodológica designada “bola de neve” ou snowball. Segundo Albuquerque (2009) este tipo de amostragem prevê que seja pedido aos participantes no estudo para referenciar pessoas que conheça que correspondam aos critérios de inclusão definidos e que estejam interessadas em participar. A mesma autora também refere que o próprio investigador pode efetuar este recrutamento.

Como técnica de recolha de dados utilizou-se a entrevista semi-dirigida. O guião desta foi constituído por quatro blocos, construídos a partir da revisão da literatura e dos objetivos do estudo. O primeiro bloco dirigiu-se à legitimação da entrevista; o segundo, à caracterização sociodemográfica dos pais dos adolescentes do sexo masculino; o terceiro à avaliação dos conhecimentos destes acerca do tipo de doenças associadas ao HPV, ao modo como estas se transmitem e como se podem evitar e o quarto à perceção dos pais dos adolescentes acerca da vacina existente para prevenir as infeções causadas pelo HPV no sexo masculino.

Foram tidos em conta os seguintes princípios éticos: autonomia, confidencialidade e o da beneficência. Assim, foram explicados aos participantes o tipo de estudo e pedido o consentimento informado e esclarecido para a participação na investigação e para gravação áudio da entrevista.

No tratamento de dados foi usada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2002).

Apresentação e análise dos resultados

Dos 16 entrevistados, a maioria (69%) era do sexo feminino; 31% tinham o ensino secundário e, em ex aequo, o 3.º ciclo e 25% o ensino superior. Quanto à profissão, de acordo com a Classificação Portuguesa de Profissões de 2010, 31% eram trabalhadores não qualificados e 25% especialistas das atividades intelectuais e científicas. A maioria dos participantes (88%) tinha um a dois filhos e 41% destes tinham idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos.

Relativamente ao conhecimento do tipo de doenças associadas ao HPV no sexo masculino, emergiram as seguintes categorias: Doença oncológica, Condilomas anogenitais e Desconhece. É de salientar que a maioria dos pais Desconhece o tipo de doenças associadas ao HPV no sexo masculino (N=13), como exemplo apresentamos os seguintes discursos: (...) pois explicar especificamente se calhar não sei (...) (E7); E no homem também não sei (...) (E11). Outra categoria que surgiu foi Doença oncológica (N=6), em que os pais associavam o HPV a uma doença oncológica. Para ilustrar esta categoria apresentamos os seguintes discursos: Ora bem (...) no masculino (...) cancros (E7); (...) cancro do pênis (E10) e (...) cancro do ânus, (...) (E13). Identificaram-se em quatro discursos os Condilomas anogenitais como uma doença associada ao HPV no sexo masculino, conforme se exemplifica: (...) verrugas genitais (...) (E13).

Quanto ao conhecimento dos pais acerca da forma de transmissão do HPV emergiram as seguintes categorias: Via sexual e Desconhece. Metade dos pais dos adolescentes (N=8), Desconhece a forma de transmissão do HPV e a outra metade (N=8) sabe que o HPV tem como forma de transmissão preferencial a via sexual. Um dos pais cujas respostas se incluíram na categoria Desconhece verbalizou: Não sabendo o que era também não sei responder a isso (...) (E6). Quanto à categoria Via sexual um dos discursos obtidos foi: Através das relações sexuais (...) (E7).

Em relação ao conhecimento sobre a forma de prevenção das doenças causadas pelo HPV no sexo masculino, emergiram as seguintes categorias: Vacinação, Preservativo e Desconhece. Sete dos pais dos adolescentes Desconhecem a forma de prevenção, como se pode ilustrar nos seguintes discursos: Eu sei lá (...) não sei nada (...) (E15); Não faço a mínima ideia (...) (E16). Relativamente à categoria Vacinação identifica-se que os pais consideram a vacinação como um meio de prevenção (N=6), tal como se pode verificar no seguinte discurso: (...) os rapazes também deviam ser vacinados (...) (E10). Também referiram como forma de prevenção das doenças causadas pelo HPV no sexo masculino o uso do preservativo (N=6), como podemos ver nos exemplos: (...) sexo protegido com o preservativo (...) (E7); (...) através do uso do preservativo. Não terem relações sexuais desprotegidas (...) (E13).

Relativamente à perceção dos pais acerca da vacina contra o HPV se realizar no sexo masculino, emergiram as seguintes categorias: Reação positiva, Dúvida e Desconhece. Metade dos pais (N=8) manifestaram uma Reação positiva acerca da vacina contra o HPV se realizar no sexo masculino, conforme se pode verificar nos seguintes discursos: (...) devia haver a vacina (...) (E1); (...) imunização 100% não há risco (...) (E8). Outra das categorias que surgiu foi Dúvida acerca da vacina contra o HPV se realizar no sexo masculino (N=5). No discurso dos pais ficam patentes as dúvidas sobre os benefícios que a vacina poderá ter, como constatamos no exemplo: Se compensar acho bem (...) (E5). Três pais Desconhece a possibilidade de vacinar o sexo masculino. São exemplos desta categoria os seguintes discursos: (...) não sei do que estou a falar (...) (E3); Não sei dar opinião (...) (E16).

Em relação à Perceção dos pais acerca da compra da vacina contra o HPV para o seu filho não sendo esta gratuita, obtiveram-se as seguintes categorias: Reconhecem a necessidade de aderir à vacinação contra o HPV, Procuram informação para decidir, Colocam entraves pela questão económica e dúvidas quanto às razões para vacinar.

A categoria em que se verifica mais unidades de enumeração é Reconhecem a necessidade de aderir à vacinação contra o HPV (N=9). Apresentamos dois exemplos dos discursos dos pais: (...) sim vacinava o meu filho (...) (E1); Compraria sem dúvida (a vacina) (...) (E3). Da categoria Procuram informação para decidir (N=6) apresentam-se três discursos: (...) vou perguntar ao meu médico para me dizer o que ele acha sobre isso (...) (E14); (...) primeiro falar com o médico e com alguma enfermeira para saber (...) (E11) e (...) Informava-me no Centro

de Saúde, com a enfermeira (...) (E1). Três dos pais Colocam entraves pela questão económica como ilustram os seguintes discursos: É assim, é cara. Hoje em dia as pessoas têm pouco poder económico (...) (E9); Não sei se for dada talvez. Mas não é, pois não? Se não for não compro nada (...) (E15).

Discussão dos resultados

Dos resultados encontrados destaca-se que os conhecimentos dos pais dos adolescentes acerca do HPV no sexo masculino é reduzido e que será necessária uma adequação da informação que é transmitida sobre o HPV no sentido de incluir o sexo masculino. A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2007) reconhece que o conhecimento da população sobre o HPV é muito limitado. Relativamente à via de transmissão do HPV, podemos referir que os pais dos adolescentes entrevistados identificaram de forma correta a principal via de transmissão do HPV: a via sexual. Relativamente às formas de prevenção do HPV no sexo masculino, os pais identificaram duas formas de prevenção da doença no sexo masculino: o uso do preservativo e a vacinação. Nos seus discursos, os pais associam a vacinação a uma medida de impacto na saúde das pessoas e vêm esta medida como primordial para a sua saúde e dos seus filhos.

Em relação à perceção que os pais dos adolescentes do sexo masculino têm acerca da vacina contra o HPV, reconhecemos que existe também um desconhecimento sobre esta vacina O grupo técnico para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012) refere que a literacia em saúde, a capacitação e a autonomia dos cidadãos são objetivos a ter sempre presentes na atividade diária dos profissionais e equipas de saúde, sendo estratégias capacitadoras a informação sobre assuntos de saúde, a educação para a saúde, a educação dos doentes para saberem lidar corretamente com a sua saúde e a educação dos cidadãos e das comunidades para uma utilização adequada dos serviços e dos cuidados de saúde.

Quanto à perceção dos pais acerca da vacina contra o HPV estar também disponível para o sexo masculino, os pais dos adolescentes nos seus discursos revelam uma reação positiva. A perceção dos pais dos adolescentes do sexo masculino sobre a imunização do sexo masculino contra o HPV, não sendo esta gratuita, também foi muito positiva.

Podemos afirmar que os pais reconhecem a necessidade de aderir à vacinação, mas existem também discursos que demonstram entraves pela questão económica e pelas dúvidas quanto às razões para vacinar os seus filhos contra o HPV. O presente estudo sugere que a vacinação do sexo masculino contra o HPV é bem vista e aceite pelos pais dos adolescentes do sexo masculino. Porém, a falta de conhecimento sobre o HPV pode, até certo ponto, interferir com a intenção de implementar a vacinação na realidade (Zimet e Rosenthal, 2010).

Para Santos, Maioral e Haas (2010, 2011) a vacinação masculina deve ser considerada não apenas pela possibilidade de transmissão para as mulheres, mas também pelas evidências do desenvolvimento de doenças graves relacionadas ao HPV nos próprios homens. Atualmente, como as vacinas disponíveis têm caráter profilático, é necessária a adoção de políticas de saúde pública para alertar a população, evitando assim o primeiro contágio. É ainda importante desenvolver uma maior conscientização da população quanto à importância da procura por serviços de urologia. As autoras atrás referidas sugerem que a prevenção precoce, o controle clínico regular, a informação do doente sobre o risco de transmissão do vírus por meio de relações sexuais e a vacinação oportuna provavelmente levarão a uma redução drástica dos casos de lesões associadas ao HPV.

Conclusões

Face aos resultados do nosso estudo, é necessário que os enfermeiros informem os pais dos adolescentes do sexo masculino sobre a vacina contra o HPV. Os enfermeiros têm o dever de esclarecer os pais dos adolescentes do sexo masculino da possibilidade destes poderem ser vacinados contra o HPV, independentemente de decidirem ou não vacinar os seus filhos. Informar adequadamente os pais dos adolescentes do sexo masculino permite o exercício do princípio da autonomia, pois sem informação adequada ninguém tem a capacidade de escolher em liberdade e de assumir a sua responsabilidade em termos de promoção da saúde.

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel – *Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, 2009.
- BARDIN, Laurence – *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BURG, Sjoerd H.; PALEFSKY, Joel M. – Human immunodeficiency virus and human papilloma virus – why HPV –induced lesions do not spontaneously resolve and why therapeutic vaccination can be successful. *Journal of Translational Medicine*, 2009, vol.18, nº 7, 108.
- CZERESNIA, D. Freitas – *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Edição Fiocruz, 2003.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 – 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Lisboa: DGS, 2012.
- FEDRIZZI, Edison Natal – Epidemiologia da infeção genital pelo HPV. *Revista Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior*, 2011, vol.1, n.º1, p. 3-8.
- FERREIRA, Pedro M. – A primeira vez – Juventude, género e sexualidade. In *VI Congresso português de Sociologia*. Lisboa, 2008, Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Pp. 1-17.
- HILLMAN, J. Richard [et al.] – Immunogenicity of the Quadrivalent Human Papillomavirus (Type 6/11/16/18) Vaccine in Males 16 to 26 Years Old. *Clinical and Vaccine Immunology*, 2012, vol. 19, n.º 2, pp. 261-267.
- LEITE, Inês; LISBOA, Cármen; AZEVEDO, Filomena – Vírus do Papiloma Humano e Vacinação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*, 2011, vol.3 nº 69, pp. 395-402.
- PALEFSKY, Joel M. – Human Papillomavirus – Related Disease in Men: Not Just a Women’s Issue. *Journal of Adolescent Health*. 2010, n.º 46, p. S12-S19.
- PANATTO, Donatella [et al.] – Sexual behaviour and risk factors for the acquisition of human papillomavirus infections in young people in Italy: suggestions for future vaccination policies. *BMC Public Health* 2012, n.º. 12, 623.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística, IP. - *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Edição 2011. Lisboa.
- RIBEIRO, Teresa Tomé – *Os jovens e a ética da sexualidade: contributos para um programa*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, 2013.
- SANTOS, Iris Mattos; MAIORAL, Mariana Franzoni; HAAS Patrícia. Infecção por HPV em homens: Importância na transmissão, tratamento e prevenção do vírus. *Estudos de Biologia*, 2010/2011, vol. 32/33, p. 111-18.
- SHAFRAN, D. Stephen – The HPV Vaccine in Men. *The Canadian Journal of Diagnosis*, 2009, vol. 26, n.º 9, pp. 89-91.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA - *Vacina contra o HPV. Reunião de Consenso Nacional*. 2007, p. 6-7.
- STANLEY, Margaret – Vaccinate boys too. *Nature*, 2012, vol. 488, S10.
- ZIMET, Gregory D.; ROSENTHAL, Susan L – HPV vaccine and males: Issues and challenges. *Gynecologic Oncology*, 2010, vol.117, Suppl 2, pp. S26 – S31.

Programa de intervenção comunitária “Viver melhor a escola”

Cecília Alves¹ & Valter Sá²

¹Enfermeira no Centro Hospitalar de São João. Mestrado em Ciências de Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária (cecilia.m.alves@gmail.com); ²Enfermeiro no Centro Hospitalar de São João. Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária (valter.ramires2013@gmail.com)

Resumo

Introdução: A promoção da saúde no meio escolar enquadra-se nos objetivos dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, prevendo que se invista na adoção, pelos alunos de estilos de vida saudáveis.

Metodologia: A partir da metodologia do Planeamento em Saúde, foram identificadas as necessidades em saúde de uma população de 86 alunos de uma EB1, relativas aos seus estilos de vida. O facto de terem sido definidas como prioritárias as necessidades referentes aos hábitos alimentares e de aos hábitos de higiene corporal e oral, justificou a implementação do programa de intervenção comunitário “Viver melhor a escola” e dos projetos “Comer bem, viver melhor” e “Melhor higiene, melhor saúde”. Recorrendo a diversas estratégias, nomeadamente à EpS e ao estabelecimento de parcerias, foram concretizadas sete atividades, as quais se destinaram a alunos e pais/encarregados de educação.

Resultados: Com uma idade média de 6.94 (DP= 1.37) anos, 52.3% da população frequentava o 1º ano de escolaridade. Os dados evidenciaram um aumento de 31.3% (n=27) de alunos que no final da implementação do projeto “Comer bem, viver melhor”, demonstraram hábitos alimentares saudáveis, correspondendo a um total de 41.8% (n=36) e um aumento de 10.5% (n=9) relativamente aos hábitos de higiene saudáveis, perfazendo no final da implementação do projeto “Melhor higiene, melhor saúde” um total de 51.2% (n= 44). Relativamente ao programa “Viver melhor a escola”, 24.4% (n=21) dos alunos revelaram estilos de vida saudáveis, perfazendo um aumento de 23.2% (n=20).

Conclusão: Reconhece-se o sucesso do programa “Viver melhor a escola”, no que respeita à dotação de competências e conhecimentos dos alunos de uma EB1 acerca dos hábitos alimentares e de higiene pessoal.

Palavras-chave: Enfermagem Em Saúde Comunitária; Saúde Escolar; Hábitos Alimentares; Higiene Pessoal

Abstract

Introduction: *The health promotion in schools is part of the objectives of specialist nurses in community health, foreseeing to invest in the adoption by students of healthy lifestyles.*

Methodology: *From the planning methodology in health, the needs were identified in health of a population of 86 students from EB1, relating to their lifestyles. The fact that they have been defined as priority needs related to eating habits and the habits of body and oral hygiene, justified the implementation of the Community action program "Living better school" and project "Eat well, live better" and "Better hygiene, better health". Using different strategies, including the EpS and the establishment of partnerships, were implemented seven activities, which were used to students and parents / guardians.*

Results: *With an average age of 6.94 (SD = 1:37) years, 52.3% of the population attended the 1st grade. The data showed an increase of 31.3% (n = 27) of students at the end of project implementation "Eat well, live better", showed healthy eating habits, corresponding to a total of 41.8% (n = 36) and an increase 10.5% (n = 9) for healthy hygiene habits, making the end of the implementation of the project "Better hygiene, better health" a total of 51.2% (n = 44). For the program "Living better school," the analysis of the data concluded that 24.4% (n = 21) of students revealed healthy lifestyles, making an increase of 23.2% (n = 20).*

Conclusion: *It is recognized the success of the program "Living better school," as regards the allocation of skills and knowledge of students of EB1 about the eating habits and personal hygiene.*

Keywords: Community Health Nursing; School Health; Food Habits; Hygiene

Introdução

A rápida urbanização e transição económica potenciaram a adoção de diferentes estilos de vida, os quais têm sido precursores de novos problemas e necessidades em saúde. O facto de alguns destes poderem constituir-se como um risco para a saúde, impõe que novas estratégias e intervenções sejam adotadas, no sentido de capacitar o indivíduo e comunidade para uma tomada de decisão efetiva sobre a sua saúde.

De entre os fatores que podem comprometer a saúde, muitos são os que podem ser prevenidos e evitados (Menezes, 1999). Porém, para que tal seja uma realidade é necessário que indivíduos e comunidades revelem competências que lhes permitam optar por estilos de vida saudáveis.

A evidência tem vindo a demonstrar que a saúde de cada indivíduo depende em grande parte do seu estilo de vida, pelo que, desde cedo as populações deverão ser alertadas, consciencializadas e ensinadas acerca das consequências que alguns destes estilos podem ter. Neste sentido, a população infantil deverá ser treinada para a aquisição de competências, como a assertividade, a tomada de decisão efetiva, o empowerment, a autoeficácia, a resolução de problemas, entre outras, as quais serão promotoras ao longo da vida de escolhas adequadas à saúde individual e da comunidade, nomeadamente em situações específicas, como a seleção de um estilo de vida (Menezes, 1999).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desenvolve a sua prática, centrado na comunidade, sendo na prevenção primária, nomeadamente na promoção da saúde, que o seu papel mais se evidencia. Em 2010 a Ordem dos Enfermeiros (OE) destacou o papel destes profissionais neste âmbito, realçando-o como

uma mais-valia na capacitação de indivíduos e grupos para a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis. Neste âmbito distinguiu o planeamento em saúde como uma ferramenta imprescindível para que as necessidades em saúde de uma população sejam determinadas e a partir daí sejam delineadas intervenções dirigidas capazes de os eliminar/reduzir.

A operacionalização da promoção da saúde no meio escolar enquadra-se neste objetivo e prevê que se invista na adoção, pelos alunos, de estilos de vida saudáveis. Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), tem vindo já a percorrer caminho neste sentido, definindo nos seus objetivos, questões relativas ao ambiente e aos estilos de vida como condições essenciais para a saúde dos indivíduos (Sousa e Trindade, 2013).

Foi neste contexto teórico que emergiu o presente programa, o qual foi realizado no âmbito do Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária (CPLEEC) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Com a consecução do programa foram identificadas necessidades em saúde, relativas aos estilos de vida. Do diagnóstico de situação emergiu como prioritária a necessidade de intervir nas variáveis relativas aos hábitos alimentares e hábitos de higiene oral e corporal.

Neste sentido foi desenvolvido o programa “Viver melhor a escola” e os projetos “Comer bem, viver melhor” e “Melhor higiene, melhor saúde” os quais visaram a partir da intervenção comunitária, dar resposta às referidas necessidades, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem comunitária.

Metodologia

A metodologia adotada foi a do Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1992) que se iniciou com o diagnóstico de situação acerca dos estilos de vida de uma população de 86 alunos de uma EB1. A recolha de dados foi realizada pelos investigadores, a partir da aplicação de um formulário aos alunos, após o consentimento dos pais/encarregados de educação. Este, para além de caracterizar sociodemograficamente a população, permitiu também caracterizar os seus estilos de vida referentes às variáveis: hábitos alimentares, hábitos tabágicos dos conviventes, exercício físico, ocupação dos tempos livres, hábitos de higiene corporal, hábitos de higiene oral, hábitos de sono, prevenção de acidentes, bullying, género, sexualidade e afetividade e vigilância de saúde.

Após a identificação dos problemas foi efetuada a determinação de prioridades, a partir do Método de Hanlon (Tavares, 1992). Posteriormente à identificação das prioridades, foi implementado um programa e dois projetos de intervenção comunitária, tendo-se recorrido para tal a estratégias de Educação para a Saúde (EpS) e ao estabelecimento de parcerias. Para o atingimento dos objetivos envolveu-se a comunidade escolar nas iniciativas implementadas e recorreu-se também a outros profissionais e organizações. O programa destinou-se aos alunos e pais/encarregados de educação, uma vez que o percurso de uma vida saudável depende não só de cada indivíduo, mas também do ambiente em que cada um está integrado (Pereira, 2011).

Com o programa de intervenção “Viver melhor a escola”, pretendeu-se que os alunos da EB1 adotassem estilos de vida saudáveis, nomeadamente respeitantes aos hábitos alimentares e de higiene pessoal (oral e corporal). Tendo em vista o seu sucesso foram delineadas estratégias como, a redação de um artigo para publicação no jornal do agrupamento para divulgar à comunidade escolar o programa, o estabelecimento de parcerias

com os recursos da comunidade escolar, nomeadamente com a Associação de Pais e com a equipa docente (professores titulares e professores de atividades de enriquecimento escolar) e a elaboração e implementação de dois projetos de intervenção comunitária.

O projeto “Comer bem, viver melhor”, emergiu dos problemas de saúde identificados para a população de alunos da EB1, nomeadamente os referentes aos hábitos do consumo de fruta, legumes, sopa, peixe e água, e visou a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Definiu-se como objetivo geral, a adoção e manutenção de hábitos alimentares saudáveis pelos alunos, bem como a compreensão e consciencialização pelas crianças e seus pais/encarregados de educação, da relação entre a alimentação e a saúde. O facto de se saber que as crianças e jovens que adotam precocemente uma alimentação saudável têm maior probabilidade de a manter durante toda a vida, que cada indivíduo desempenha desde a infância um papel importante na construção do seu próprio projeto de saúde (Santos, 2005; DGS, 2006; Monjardino, 2008; Pereira, 2011) a par com a problemática associada aos hábitos alimentares detetada na população em estudo, justificou a consecução deste projeto.

No sentido de responder às necessidades em saúde relacionadas com a higiene oral e corporal, foi desenvolvido o projeto “Melhor higiene, melhor saúde”. Este visou a adoção pelos alunos da EB1 de hábitos de higiene saudáveis, nomeadamente respeitantes à escovagem dos dentes, troca da roupa interior e higiene das mãos. No que respeita aos hábitos de higiene, nomeadamente das mãos, diversas iniciativas têm vindo a ser desenvolvidas pela Direção Geral da Saúde (DGS), uma vez que estas constituem um veículo importante para a transmissão de algumas patologias. Quanto à higiene oral sabe-se que o défice de higiene oral promove o aparecimento de doenças como a cárie dentária que atualmente constitui um problema de saúde pública. Consciente de que a adoção de práticas corretas de higiene oral pode eliminar/reduzir esta problemática, a DGS (2013) no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNSO) afirmou que é possível implementar estratégias de intervenção com eficácia comprovada. Perante estes pressupostos e a constatação das necessidades no âmbito da higiene pessoal para a população em estudo, desenvolveram-se iniciativas com vista à diminuição da sua prevalência.

Apesar dos referidos projetos terem sido executados num espaço temporal pequeno (março a junho de 2014), foi objetivo dos investigadores, a partir de diversas e variadas atividades (total de sete), promover a adoção de estilos de vida saudáveis nos alunos da EB1. Estas atividades desenrolaram-se em diversos momentos, tendo sido as estratégias adotadas variadas.

De entre as atividades duas foram sessões de EpS, dirigidas a cada um dos projetos, tendo-se recorrido para a sua consecução a uma metodologia expositiva, interativa e lúdica. Outras foram, atividades lúdico-pedagógicas e didáticas, designadamente, um peddy paper, ensaios de músicas e coreografias e o Jogo da Glória, com conteúdos alusivos às mensagens das EpS. Foi ainda realizado um seminário dirigido aos pais/encarregados de educação, baseado nas premissas de que para que uma intervenção relacionada com a alteração de estilos de vida tenha sucesso é premente estar consciente de que estes são influenciados por fatores biológicos, psicológicos, sociais, pelo ambiente físico, pela comunicação social, pelos media e por normas sociais e culturais (DGS, 2006; Monjardino, 2008) e que os pais/conviventes significativos têm uma grande influência sobre os comportamentos, hábitos e atitudes das crianças (Monjardino, 2008). Por fim, a última atividade realizada previa a elaboração pelas turmas, de trabalhos acerca das temáticas trabalhadas para serem expostos nas “Jornadas da Saúde”.

Uma vez que a mudança de hábitos é algo que ocorre a longo prazo e, com vista à continuidade deste programa em parceria com a equipa docente da EB1, foram integrados os profissionais da UCC em todas as atividades desenvolvidas.

A última etapa do Planeamento em Saúde diz respeito à avaliação do programa, sendo o seu principal objetivo inferir se os objetivos foram atingidos (Tavares, 1992). Para tal, recorreu-se a indicadores de atividade e de resultado ou impacto. Os primeiros foram avaliados em cada uma das atividades e tiveram como objetivo concluir acerca da sua adequação aos objetivos. Os últimos foram apurados a partir da aplicação de algumas questões do formulário utilizado no diagnóstico de situação. Questões relativas às dimensões das variáveis: hábitos alimentares e hábitos de higiene. Definiram-se como indicadores de resultado do programa, a taxa de adesão dos alunos, a taxa de atividades realizadas, a taxa de sucesso e a taxa de satisfação.

Apresentação e análise dos resultados

A recolha de dados foi realizada em dois momentos. O primeiro aquando do diagnóstico de situação e o segundo após a implementação do programa. O tratamento estatístico foi realizado através do programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 19.

A análise dos dados revelou uma média de idade da população de 6.94 (DP= 1.37) anos, sendo que 51.2% (n=44) dos alunos tinha 6 anos de idade. A maioria das crianças (52.3%; n=45) frequentava o 1º ano de escolaridade, era do sexo feminino (60.5%; n=52) e residia com pais e irmãos (51.2%; n=44).

Quanto aos hábitos alimentares, aquando do diagnóstico de situação, os dados revelaram que 60.4% (n=52) dos alunos não ingeria peixe em nenhuma das refeições, apenas 43.0% (n=37) comia sopa nas duas refeições e 58.2% (n=50) comia apenas até uma peça de fruta/dia, sendo que destes 23.3% (n=20) não tinha por hábito ingerir nenhuma peça de fruta/dia. Aqueles que comiam apenas uma peça de fruta/dia, em regra revelaram que o faziam ao almoço na escola. Os dados revelaram ainda que 28.9% (n=25) não ingeria nenhuma porção de legumes/salada por dia, 53.5% da população (n=46) bebia apenas até dois copos de água/dia e 23.3% (n=20) tinha como hábito beber refrigerantes diariamente ao jantar. Entre as refeições do almoço e jantar os dados indicaram uma diminuição da ingestão de sopa (55.8%), peixe (16.3%), legumes (9.3%), salada (19.8%) e fruta (36.0%) e aumento da ingestão de refrigerantes (23.3%).

Após a implementação do projeto “Comer bem, viver melhor” verificou-se que a percentagem de alunos que diariamente não ingeria nenhuma ou apenas uma peça de fruta/dia reduziu de 58.2% (n=50) para 30.2% (n=26) e que 26.8% (n=23) dos alunos passaram a ingerir três ou mais peças de fruta/dia, indicando que 46.7% (n=40) dos alunos passaram a consumir fruta na quantidade recomendada para a sua faixa etária. A segunda dimensão que foi alvo de análise, foi a sopa, tendo o número de alunos que não comia sopa em nenhuma das refeições reduzido em 3.5% (n=3) e aumentado a percentagem dos que comiam duas vezes/dia em 4.7% (n=4). Quanto à ingestão de água, evidenciou-se que mais de metade da população passou a beber pelo menos quatro copos de água/dia (17.5%; n=15 vs 62.8%; n=54), indicando um aumento de 45.3% (n=39), verificando-se ainda uma tendência para a substituição de refrigerantes ao jantar por água, sumos naturais ou chá. Relativamente ao consumo de peixe, verificou-se um aumento do seu consumo ao jantar (16.3%; n=14 vs 18.6%; n=16) e um aumento do número de alunos que consumia peixe pelo menos uma vez/dia de 9.3% (n=8). Apesar não se verificarem diferenças quanto ao consumo de legumes, constatou-se um aumento no consumo de saladas ao almoço (11.6%; n=10) e ao jantar (3.5%; n=3).

Para a avaliação deste projeto consideraram-se crianças com hábitos alimentares saudáveis, as que apresentassem pelo menos três dos seguintes critérios, os quais foram inferidos a partir da revisão bibliográfica. São eles: Consumir pelo menos três peças de fruta por dia; Ingerir pelo menos duas porções de legumes/saladas por dia; Consumir sopa diariamente ao almoço e ao jantar; Consumir peixe uma vez por dia e Ingerir pelo menos quatro copos de água por dia. Neste âmbito os dados revelaram um aumento de 31.3% (n=27) de alunos com hábitos alimentares saudáveis, correspondendo no final da implementação do projeto a um total de 41.8% (n=36). Verificou-se ainda um aumento de 8.1% (n=7) dos alunos que cumpriam a totalidade dos critérios definidos, totalizando no final 9.3% (n=8).

Relativamente aos hábitos de higiene, os dados revelaram que 45.3% (n=39) da população “nunca”, “raramente” ou apenas “às vezes” lavava as mãos antes das refeições, 50.0% (n=43) “nunca”, “raramente” ou apenas “às vezes” lavava as mãos depois de ir à casa de banho e 26.7% (n=23) não trocava a roupa interior diariamente. Quanto aos hábitos de higiene oral, 44.2% (n=38) da população não lavava os dentes pelo menos duas vezes por dia, 32.6% (n=28) nunca tinha ido a uma consulta no dentista e dos 58 alunos que já tinham ido 32.6% (n=28) tinha-o feito para tratamento de cáries dentárias ou remoção de dentes.

Após a implementação do projeto “Melhor higiene, melhor saúde”, relativamente à lavagem das mãos antes das refeições, verificou-se que esta passou a ser realizada mais frequentemente, sendo que a percentagem de alunos que “nunca”, “raramente” ou apenas “às vezes” lavavam as mãos antes das refeições reduziu para 23.3% (n=20), num total de 19 alunos. Quanto à higiene das mãos depois de ir à casa de banho, para as frequências de “nunca”, “raramente” ou apenas “às vezes”, apurou-se uma redução de 50.0% (n=43) para 24.4% (n=21). Destacou-se ainda o facto da percentagem de alunos que “nunca” lavavam as mãos antes das refeições (11.6%; n=10) e depois de irem à casa de banho (9.3%; n=8) para 0.0%. Quanto à troca de roupa interior, os dados indicaram que houve um aumento de 11.6%, revelando que mais dez alunos passaram a efetuar esta troca diariamente. Para a higiene oral os dados demonstraram aumento na frequência da escovagem dos dentes, verificando-se uma redução para 34.9% (n=30) dos alunos que não lavavam os dentes pelo menos duas vezes por dia e um aumento de 74.0% (n=64) para 77.9% (n=67) os alunos que passaram a lavar os dentes antes de se deitar.

Para a avaliação deste projeto consideraram-se crianças com hábitos de higiene saudáveis, as que apresentassem pelo menos três dos seguintes critérios, os quais foram inferidos a partir da revisão bibliográfica. São eles: Realizar escovagem dos dentes pelo menos duas vezes/dia, uma delas antes de deitar; Trocar a roupa interior diariamente; Realizar a lavagem das mãos todas as vezes, antes das refeições e Realizar a lavagem das mãos todas as vezes depois de ir à casa de banho. Assim, relativamente à percentagem de alunos com hábitos de higiene saudáveis, constatou-se um aumento de 10.5% (n=9), sendo que quanto à presença de todos os critérios houve um aumento de 8.1% (7). Deste modo, conclui-se que no final da implementação deste projeto a percentagem de alunos que apresentava hábitos de higiene saudáveis foi de 51.2% (n= 44).

Por fim, a análise dos dados indicou que 24.4% (n=21) dos alunos revelaram estilos de vida saudáveis. Para tal, considerou-se que um estilo de vida saudável seria representado pelos alunos que simultaneamente revelassem hábitos alimentares e de higiene saudáveis. Considerando que antes da intervenção comunitária, apenas 1.2% (n=1) da população revelava estilos de vida saudáveis, reconhece-se sucesso do programa “Viver melhor a escola”.

Conclusão

Intervir em indivíduos em fase de formação, que ainda não adquiriram hábitos prejudiciais à saúde, e que estão mais recetivos à aprendizagem, constitui-se como a oportunidade ideal para a promoção de comportamentos e o desenvolvimento de atitudes favorecedores de estilos de vida saudáveis (Santos, 2005). De facto, mudar comportamentos e hábitos não é algo que aconteça rapidamente, pelo que, no sentido de que os adultos do futuro demonstrem hábitos de saúde saudáveis, é necessário intervir precocemente.

O programa “Viver melhor a escola” emergiu das necessidades de saúde de uma população de alunos de uma EB1 e visou a sua adesão a estilos de vida saudáveis, nomeadamente quanto aos hábitos alimentares e de higiene pessoal. Para tal, pretendeu-se dotar os alunos de ferramentas que lhes permitissem ao longo da vida, fazer escolhas adequadas. As estratégias e atividades desenvolvidas no decorrer do programa foram variadas e tiveram em consideração as características específicas da população que foi alvo da intervenção, o que proporcionou momentos de aprendizagem mais dirigidos.

A avaliação do programa e dos projetos demonstrou a efetividade na mudança de comportamentos relacionados com a alimentação e hábitos de higiene saudáveis.

Referências bibliográficas

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Promoção da Saúde em meio escolar: Promoção de uma alimentação saudável*. Lisboa: DGS, 2006.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Programa Nacional de Saúde Oral*. Lisboa: DGS, 2013.

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário - *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

MENEZES, Isabel - *Desenvolvimento psicológico na formação pessoal e social*. Lisboa: Edições Asa, 1999.

MONJARDINO, Maria Teresa Pegado Barroso - *Avaliação dos Lanches Escolares de Crianças do 1º Ano do Ensino Básico de escolas de Matosinhos*. 2008. Porto: Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: OE, 2010.

PEREIRA, F. - *Os enfermeiros e ... a Saúde Escolar*. [Em linha] 2011 [Consult. 26 de Fevereiro de 2014]. Disponível WWW: URL: <http://ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseASaúdeEscolar.aspx>

SOUSA, Rita Ramos; TRINDADE, Rui - O impacto da saúde escolar na comunidade educativa. *Educação, Sociedade e Cultura*. 2013, nº 38, pp. 99-116.

SANTOS, Lúcia Alves - *Hábitos alimentares de crianças do 1º ciclo do ensino básico - um estudo de caso*. Universidade do Minho: Instituto de Estudos da Criança. 2005. Dissertação de Mestrado.

TAVARES, António - *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e aperfeiçoamento profissional, 1992.

Formulário de avaliação da dependência no autocuidado

Soraia Pereira¹, Teresa Martins² & Paulo Puga Machado²

¹IPO-Porto, Enfermeira, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (pereirasoraia87@gmail.com); ²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor coordenador (teresam@esenf.pt); ³Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor adjunto (paulom@esenf.pt).

Resumo

Introdução: A avaliação da capacidade de autocuidado da pessoa dependente, com recurso a instrumentos de medida e a avaliação do nível e tipo de dependência, pode possibilitar aos enfermeiros uma melhor compreensão da natureza dos problemas que afetam a dependência e o estabelecimento de um plano de ação orientado para a promoção da autonomia. O presente trabalho apresenta como objetivo o estudo das propriedades psicométricas de uma versão reduzida do Formulário da Avaliação da Dependência no Autocuidado (FADA), constituído por um total de 27 atividades de avaliação, distribuídos por 10 domínios de autocuidado.

Metodologia: O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico, do tipo acidental. Para além do formulário referido foram ainda utilizados o Índice de Barthel (IB), a Escala de Lawton e Brody (ELB) e a versão em português do instrumento Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A).

Resultados: A versão reduzida do FADA apresenta relações significativas entre todos os domínios de autocuidado, e entre os instrumentos IB e ELB. Já ao nível do ASA-A não se observaram relações estatisticamente significativas. O formulário apresenta ainda uma elevada fiabilidade, com uma consistência interna traduzida pelo coeficiente de alfa de Cronbach de 0,97.

Discussão: O nível de especificação do FADA permite compreender o tipo de dependência que a pessoa possui, e a sua construção feita por domínios específicos de autocuidado e de acordo com a CIPE, permite uma maior relação entre os focos de atenção de enfermagem e seus registos. A versão reduzida do FADA apresenta relações significativas entre todos os domínios de autocuidado, o que nos faz pensar na multidimensionalidade do autocuidado.

A versão reduzida do FADA revela-se, pois, um instrumento válido e fiável, ao mesmo tempo que ostenta robustez e um grande poder discriminativo, auxiliando a prática da enfermagem.

Palavras-chave: Autocuidado, Dependência, Instrumento.

Abstract

Background: *The assessment of the dependent person's self-care ability, through measurement instruments, and the assessment of the level and kind of dependency, may provide nurses a more assertive method for understand the nature of the problems that affect dependency and for establish an action plan tailored to the development of new practices centered on the dependent person, looking forward to promote autonomy.*

Methodology: *Within this context, and in order to develop nursing practice in self-care dependency context, this paper serves the goal of studying the psychometric properties of an instrument shortened version developed to measure self-care – the Self-Care Dependency Evaluation Form. This shortened version is composed of 27 self-care assessment activities, spread over 10 self-care domains.*

Results: *It was used the non-probabilistic sampling method, of the accidental type. Besides the form already mentioned, it was used the Barthel Index (BI), the Lawton and Brody Scale (LBS) and the Portuguese version of the Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A) instrument.*

Discussion: *The shortened FADA version presents significant relationships between all domains of self-care, and between the BI and LBS instruments. However, in the ASA-A no statistically significant relationships were observed. The form also has a high reliability with an internal consistency translated by Cronbach's alpha coefficient above 0.90.*

Therefore, the shortened FADA turns out to be a valid and reliable instrument, while bearing a great level of robustness and discriminative power, supporting nursing practice and thus contributing to increase the knowledge in this area.

Keywords: **Self-care, Dependence, Instruments.**

Introdução

Decorrente das alterações sociodemográficas que têm emergido - em que o envelhecimento e a cronicidade ganham destaque, torna-se irrefutável a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a dependência no autocuidado, conceito central para a Enfermagem.

A avaliação da capacidade de autocuidado da pessoa, através de instrumentos de medida e a avaliação do nível e tipo de dependência, permite aos enfermeiros um trabalho sistemático e de rigor metodológico na promoção e na avaliação da autonomia, bem como na avaliação dos ganhos em saúde, contribuindo para uma melhor visibilidade das terapêuticas de enfermagem (MARTINS, 2011; PEREIRA, 2007; PETRONILHO, 2009).

Recentemente, um conjunto de estudos foi desenvolvido com o objetivo de determinar a prevalência de famílias clássicas com familiares dependentes no domicílio em vários contextos regionais do país e de caracterizar os dependentes no autocuidado no que se reporta à sua condição de saúde (grau de dependência e complicações), aos atributos do sujeito dependente, à identificação das necessidades em cuidados realizadas pelo prestador de cuidados e às que não são asseguradas aos dependentes no autocuidado (MARTINS, 2011; SILVA, 2011; SILVA, 2012). Nestas investigações foi utilizado um instrumento para caracterizar a capacidade de autocuidado das pessoas com dependência no autocuidado, que se mostrou demasiado longo e um pouco redundante, surgindo assim o presente estudo que teve por objetivo principal o estudo das propriedades psicométricas de uma versão reduzida desse instrumento.

Método

O presente estudo enquadra-se num paradigma quantitativo, de colheita sistemática de dados, e de um estudo metodológico transversal na medida em que se pretende sugerir, a partir de um instrumento já existente, uma versão mais reduzida, com recolha de dados num único momento para validação de um instrumento de medida, escrito na língua original.

O método de amostragem utilizado é o não probabilístico, do tipo acidental. Segundo Ribeiro (2010) citando Tinsley e Tinsley, o tamanho da amostra deve ser definido de acordo com a extensão do instrumento a avaliar, sendo aceitável considerar-se 5 a 10 participantes por cada item. Dado o instrumento ser constituído por 29 itens, a amostra foi constituída por 150 pessoas dependentes no autocuidado, das quais 57 pessoas no domicílio, contactadas através de um Serviço de Apoio ao Domicílio e 93 pessoas em valências de Centro de Dia de duas instituições que apoiam pessoas dependentes no domicílio no Concelho de Vila Nova de Gaia. Foram considerados para fazer parte da amostra indivíduos dependentes ou os seus familiares cuidadores, com idade igual ou superior a 18 anos, sem défices cognitivos aparentes, que aceitassem participar no estudo. Ao longo de todo o estudo foram salvaguardados os aspetos éticos de sigilo e privacidade da pessoa.

Relativamente à caracterização das pessoas dependentes, a amostra foi constituída por 76% de indivíduos do sexo feminino, sendo este o grupo mais representativo ($n = 114$) e 24% do sexo masculino. A média de idades situou-se nos 78,45 anos, com idades compreendidas entre os 40 e 100 anos de idade.

Em 2007 foi desenvolvido um instrumento para avaliar o nível de dependência, necessidades de autocuidado e condição de saúde da pessoa, que se baseou na “*Nursing Outcomes Classification*”, por um grupo de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O instrumento foi inicialmente estudado por Duque (2009), tendo concluído acerca da sua validade clínica, facilidade de utilização e consistência interna. Apesar do instrumento revelar boas características psicométricas, a sua extensão mostra alguma redundância de informação o que implica fragilidade para a sua utilização em contexto clínico. Assim, procedeu-se a um *focus grupo* para redução de itens usando critérios estatísticos e clínicos (estudo prévio ao presente trabalho).

A versão reduzida do questionário de avaliação do autocuidado resultante do *focus grupo* era constituída por 29 itens integrados em 11 domínios: andar, usar cadeira de rodas, transferir-se, virar-se, elevar-se, uso do sanitário, alimentar-se, arranjar-se, vestir-se e despir-se, tomar banho e tomar a medicação. Cada item é avaliado através de uma escala de Likert de 4 níveis (dependente não participa, necessita de ajuda de pessoa, necessita de equipamento e completamente independente).

Para além do formulário referido foram ainda utilizados o IB e a ELB – ambos validados para a população portuguesa por Araújo e colaboradores (2007; 2008) e a versão em português do ASA-A.

Resultados

Mais de metade dos participantes são completamente independentes no autocuidado “andar” ou necessitam de equipamento. Das 47 pessoas que recorrem ao uso de cadeiras de rodas apenas 9 são autónomas. Neste autocuidado regista-se a presença de um indivíduo que necessita de equipamento para usar a cadeira de rodas (luvas de proteção), cuja ausência o torna dependente de pessoa. A totalidade da amostra foi avaliada quanto ao autocuidado “andar” mesmo as pessoas que foram em seguida avaliadas no autocuidado “uso da

cadeira de rodas”, uma vez que o uso da cadeira de rodas pode ser considerado como um equipamento. Por este motivo considerou-se eliminar este domínio da versão final do instrumento.

No autocuidado “transferir-se” não se registaram diferenças entre as transferências da cama para a cadeira/cadeirão e da cadeira para a cama, pelo que foi proposta a eliminação de um dos itens. Cerca de 45,3% (68) necessita de ajuda neste domínio. Quanto ao autocuidado “virar-se” mais de 30% (46) dos participantes apresenta igualmente níveis de dependência severos dependendo de ajuda de pessoa, o que constitui uma ameaça ao nível da integridade cutânea. Em relação ao autocuidado “elevar-se” quase metade dos participantes necessita de ajuda de pessoa para elevar parte do corpo. Também no “uso do sanitário” se observam níveis elevados de dependência, sendo que na globalidade das atividades que caracterizam este autocuidado mais de metade das pessoas necessita de ajuda de pessoa ou são completamente dependentes.

Relativamente ao autocuidado “alimentar-se” cerca de 77,3% (116) dos participantes é completamente dependente na preparação dos alimentos, contrastando com os 79,3% (119) que são completamente independentes para “pegar no copo ou chávena” e nos 78,7% (118) que são igualmente independentes para “levar os alimentos à boca com os utensílios”. O cuidado com as unhas, atividade dentro do autocuidado “arranjar-se” é a atividade em que compreende maior dependência com 90,7% (136) a necessitar de ajuda de pessoa para a sua realização, o que permite ajuizar acerca da motricidade fina dos participantes. Um dos autocuidados onde se verifica um dos maiores níveis de dependência é o autocuidado “vestir-se e despir-se” bem como, o autocuidado “tomar banho”, em particular na atividade “lavar o corpo” onde chega aos 93,3% (140) de pessoas com necessidade de ajuda. Em relação ao autocuidado “tomar a medicação” também se registam níveis de dependência elevados, sobretudo na toma da medicação.

Após a eliminação de 2 itens, pelos motivos já referidos, a versão final ficou com 27 itens. Os itens de cada domínio foram agregados numa variável de resultado. As nove variáveis computadas relativas aos diferentes domínios do autocuidado foram ainda transformadas numa variável geral, que denominamos de nível de dependência global. Em cada uma destas transformações a soma foi dividida pelo número de itens para que o resultado global pudesse ser facilmente comparado.

No que respeita ao nível de dependência por domínio de autocuidado, aquele que registou um maior nível de dependência foi o autocuidado “tomar medicação” com média de 2,19 e desvio padrão de 0,922, seguido do autocuidado “vestir-se e despir-se”, com média de 2,27 e desvio padrão de 0,893 e o autocuidado “tomar banho” com média de 2,50 e desvio padrão de 0,871. Os autocuidados que registaram menor nível de dependência foram os autocuidados “virar-se” com média de 3,20 e desvio padrão de 1,17, seguido do autocuidado “transferir-se” com média de 2,77 e desvio padrão de 1,12 e o autocuidado “elevar-se” com média de 2,73 e desvio padrão de 1,10. Quanto ao “nível global de dependência” foi encontrada uma média de 2,64 e desvio padrão de 0,83 o que revela que a amostra em estudo se caracteriza por elevados graus de dependência no autocuidado.

No estudo das propriedades psicométricas da versão reduzida do FADA, foram avaliadas a validade e a fidelidade do instrumento. Das diferentes formas de validade, estudamos apenas a validade de constructo deste instrumento. Realçamos que a validade de conteúdo foi efetuada numa etapa prévia a este estudo por um grupo de peritos. Em relação à validade de constructo, o formulário tem como base os conceitos amplamente utilizados na enfermagem, facilitando assim a sua aplicação e posterior interpretação.

Dentro da validade de construto estudamos a validade convergente através da força de associação com o IB, a ELB e a versão portuguesa do ASA-A. Assim, através do coeficiente de correlação de *Pearson*, observam-se correlações significativas entre os diferentes domínios do autocuidado e os instrumentos IB e ELB. Quanto à correlação entre o ASA-A e os diferentes domínios do autocuidado, não se verificam relações significativas.

O IB apresenta correlações positivas fracas com todos os autocuidados, com exceção do autocuidado “tomar medicação” com o qual apresenta uma correlação positiva muito fraca ($r=0,19$; $N=150$; $p=0,018$) o que seria esperado dado o caráter instrumental deste autocuidado. A ELB apresenta correlações positivas fracas com todos os autocuidados. Verificamos que o “nível global de dependência” exhibe correlações positivas moderadas com todos os autocuidados e positiva moderada em relação ao IB ($r=0,37$; $N=150$; $p=0,001$) e à ELB ($r=0,30$; $N=150$; $p=0,001$). Estes resultados apontam para uma convergência das medidas, contudo sem representarem sobreposição.

Interessou também compreender a fidelidade do instrumento. Avaliando a fidelidade desta versão reduzida com 27 itens, através do coeficiente alfa de Cronbach, regista-se um valor de $\alpha = 0,97$, o que revela uma boa consistência interna do instrumento (PESTANA, *et al.*, 2005; RIBEIRO, 2010). Procedeu-se ainda à avaliação dos valores de consistência interna dos diferentes domínios do instrumento. Observa-se uma correlação inter-itens perfeita entre os itens “transfere-se da cama para a cadeira” e “transfere-se da cadeira para a cama”, no âmbito do domínio do autocuidado “transferir-se”, o que revela uma redundância da informação.

Discussão

Apesar da existência de alguns instrumentos de avaliação das capacidades e perfil de autocuidado, o instrumento desenvolvido pela ESEP destaca-se pela sua discriminação e robustez teórica, permitindo uma avaliação mais operacionalizada das competências da pessoa nas atividades de autocuidado. Através da variação de cada indicador o enfermeiro consegue adquirir dados, que avaliam ganhos em saúde em cada domínio do autocuidado. O nível de especificação do FADA é assim, uma mais-valia para a prática da enfermagem, uma vez que permite compreender o tipo de dependência concreta que a pessoa possui, e o que facilita também a monitorização da sua evolução.

A versão original do FADA apresentou um coeficiente de α de Cronbach de 0,997, o que poderá significar redundância de informação (DUQUE, 2009; RIBEIRO, 2010; STANTON, *et al.*, 2002). Para além da sua extensão (58 itens) contém um grau de especificação muito pormenorizado o que leva a alguma exaustão na sua aplicação. Era um requisito inicial manter a sua estrutura especificada por domínio de autocuidado, pois essa estrutura era facilitadora e orientadora para a prática de enfermagem.

Numa análise exploratória dos dados constatamos que no autocuidado “transferir-se”, inicialmente constituído por 2 itens que avaliavam a capacidade de mover o corpo da cama para a cadeira/cadeirão e da cadeira/cadeirão para a cama, não apresentava variação de resultado. Noutros estudos realizados com pessoas dependentes utilizando o mesmo instrumento, também se registam pouca variação entre as duas atividades de avaliação (MARTINS, 2011; SILVA, 2011). Ou seja, quem conseguia fazer a transferência da cama para a cadeira/cadeirão, conseguia o movimento inverso. Assim, dada a sobreposição de resultados consideramos oportuno a eliminação de um dos itens.

Um outro dado que mereceu uma atenção especial prendeu-se com o domínio “uso de cadeira de rodas”. Na presente amostra este equipamento era utilizado regularmente ou esporadicamente por 47 dos 150 partici-

pantes. Dado que no domínio “andar”, ao qual a totalidade da amostra respondeu, a cadeira de rodas pode ser considerado um equipamento facilitador, consideramos que os itens deste domínio não deveriam ser considerados na análise do FADA, para o cálculo do valor global de dependência.

O formulário apresenta uma elevada fidelidade, com valores de coeficiente de alfa de Cronbach acima de 0,90 o que evidencia a sua robustez, e que a sua utilização reproduzirá resultados fiáveis (PESTANA, *et al.*, 2005; RIBEIRO, 2010). Porém este valor mostra-se um pouco mais baixo que na versão original, podendo ser indicativo de uma menor redundância de informação.

Ao analisarmos os valores de alfa de Cronbach por domínio (nos que apresentam mais do que 1 item), este valor varia entre 0,67 para o autocuidado tomar a medicação e 0,96 para o autocuidado andar. Vários autores recomendam valores superiores a 0,65 em cada dimensão, o que se verifica neste estudo (BEATON, *et al.*, 2005; RIBEIRO, 2010).

O valor de consistência interna de 0,96 para o andar poderá ser indicativo de alguma redundância de itens. Fazendo uma análise mais criteriosa aos 3 itens, poderíamos sugerir, num futuro estudo de depuração do instrumento, deixar cair o item “Suporta o próprio corpo na posição de pé”, dado que com os outros 2 itens (“Sobe e desce degraus” e “Percorre distâncias moderadas”) permitem avaliar a independência neste domínio. De facto se a pessoa suporta o peso do próprio corpo, mas não consegue mover-se será altamente dependente neste domínio.

Todos os restantes valores de alfa de Cronbach são sugestivos de uma muito boa consistência interna, sem serem considerados redundantes. Todavia a valorização da consistência interna na criação de medidas reduzidas, pode contribuir para medidas estruturalmente frágeis, com constructos apertados e com problemas de validade (GOETZ, *et al.*, 2013; STANTON, *et al.*, 2002).

A versão final do FADA ficou com um total de 27 atividades de avaliação do autocuidado distribuídos por 10 domínios de autocuidado: “andar”, “transferir-se”, “virar-se”, “elevar-se”, “uso do sanitário”, “alimentar-se”, “arranjar-se”, “vestir-se e despir-se”, “tomar banho” e “tomar medicação”, o que respondeu afirmativamente ao objetivo do trabalho, conseguir uma versão mais curta. Os autores optaram por eliminar o menor número de itens possível da versão proposta pelo grupo de peritos. Esta opção pode ser criticável, tendo em conta a recomendação de alguns autores que sugerem que cada dimensão deve idealmente conter 3 itens (RAUBENHEIMER, 2004).

No estudo da validade discriminante do FADA, nomeadamente do nível global de dependência no autocuidado com as variáveis de atributos (género, idade, estado civil, causa da dependência), os resultados encontrados apontam que o mesmo diferencia os participantes, mostrando que as mulheres e os mais idosos são mais dependentes, e que a dependência instala-se sobretudo de forma gradual.

A versão reduzida do FADA apresenta relações significativas entre todos os domínios de autocuidado, que nos faz pensar na multidimensionalidade do autocuidado, tal como tinha sido proposto pelo grupo de peritos. Já as correlações fracas mas positivas entre o FADA com o IB e com ELB, sugerem convergência de constructos, sem serem sobreponíveis. Ou seja, medem parâmetros diferentes mas que se relacionam, o autocuidado. Já ao nível do ASA-A não se observaram relações estatisticamente significativas, o que pode dever-se ao reduzido número de indivíduos que responderam a este questionário (n = 55), às características da população, nomeadamente ao seu baixo grau de autonomia física e psicológica para responder às questões deste instru-

mento. O ASA-A avalia a capacidade para o autocuidado, nomeadamente a capacidade de gestão de um estilo de vida saudável. Muitos dos participantes estudados já não apresentam esta capacidade, requerendo da parte de um familiar cuidador ajuda na gestão de atividades básicas da vida diária. Sabemos que a estimulação da autonomia é muitas vezes preterida pelos familiares que substituem as pessoas dependentes, criando sentimentos de baixa autoeficácia e comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas. Assim, a capacitação destes parceiros do cuidar deve veicular este princípio.

Conclusões

Com as atuais alterações demográficas e consequentes necessidades em saúde e suas implicações na preparação e planeamento de políticas de saúde, a mensuração e a avaliação da pessoa dependente e do seu cuidador tornam-se cada vez mais imprescindíveis, permitindo uma abordagem holística e ajustada às necessidades. O instrumento estudado apresenta um nível de especificação que permite a compreensão da dependência por domínio de autocuidado e por atividade, sendo uma mais-valia pelo seu poder discriminatório. Esta especificidade permite a avaliação de intervenções de enfermagem realistas e ajustadas às reais necessidades das pessoas. A exclusão de 2 itens à versão experimental estudada permite o encurtamento do formulário, que requer um gasto de tempo menor na sua aplicação, o que constitui um aspeto positivo. O FADA versão com 27 itens mostrou reunir critérios de consistência interna e validade convergente. No entanto, recomenda-se mais estudos que comprovem a utilidade, a fidelidade e validade desta medida.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, F., *et al.* - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007, 25(2): pp. 59-66.
- ARAÚJO, F., *et al.* - Validação da Escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. I. Leal *et al.* (coord.) - *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto, 2008: pp. 217-220.
- BEATON, *et al.* - Group U. Development of the Quick DASH: comparison of three item-reduction approaches. *J Bone Joint Surg Am*. 2005, 87(5): pp. 1038-1046.
- DUQUE, H. - *O doente dependente no autocuidado: Estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Porto: Dissertação de mestrado. Universidade Católica Portuguesa, 2009.
- GOETZ, *et al.* - Item reduction based on rigorous methodological guidelines is necessary to maintain validity when shortening composite measurements. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2013, Vol. 66, pp. 710-718.
- MARTINS, R. - *A Dependência no Autocuidado no seio das famílias clássicas do Concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Lisboa: Dissertação de mestrado. Universidade Católica Portuguesa, 2011.
- PEREIRA, F. - *Informação e qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: Tese de doutoramento. Universidade do Porto, 2007.
- PESTANA, M. e GAGEIRO, J. - *Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Sílabo, 2005.
- PETRONILHO, F. - Produção de indicadores de qualidade: A enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*. 2009, Janeiro, 52: pp. 35-43.
- RAUBENHEIMER, J. - An item selection procedure to maximise scale reliability and validity. *SA Journal of Industrial Psychology*, 2004, 30(4): pp. 59-64.
- RIBEIRO, J. - *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3.ª Ed. Porto : Livpsic, 2010.

SILVA, J. - Adaptação Cultural e Validação da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado - Appraisal of self-care agency scale (ASA-A). *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2013, 5(2), pp: 30-36.

SILVA, A. - *Avaliação da Condição de Saúde dos Indivíduos Dependentes no Autocuidado Inseridos no Seio das Famílias Clássicas do Concelho do Porto*. Porto: Dissertação e mestrado. Universidade Católica Portuguesa, 2012.

SILVA, R. - *A Dependência no Autocuidado no seio das Famílias Clássicas do concelho do Porto: Abordagem Exploratória à Dimensão do Fenómeno*. Porto: Dissertação e mestrado. Universidade Católica Portuguesa, 2011.

STANTON, J., et al. - Issues and strategies for reducing the length of self-report scales. *Pers Psychol*. 2002, 55, pp. 167-194.

STREINER, D.; NORMAN, G. & CAIRNEY, J. - *Health measurement scales, a practical guide to their development and use*. Oxford University Press. 4.ª ed., 2008.

