

# sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA



## CIÊNCIA E TÉCNICA

EMPOWERMENT  
COMUNITÁRIO:  
REVISÃO  
SISTEMÁTICA DA  
LITERATURA



## CIÊNCIA E TÉCNICA

DIAGNÓSTICO DA  
SITUAÇÃO DE SAÚDE  
DA COMUNIDADE DE  
ENFERMEIROS DO  
HOSPITAL DISTRITAL  
DE SANTARÉM



# SUMÁRIO

## P04 EDITORIAL

### P5 CIÊNCIA & TÉCNICA

IMPACTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA SOBRE O AUTOCONCEITO, A IMAGEM CORPORAL E A SEXUALIDADE - REVISÃO SISTEMÁTICA

### P13 CIÊNCIA & TÉCNICA

ECONOMIA DA SAÚDE: ELEMENTOS DISTINTIVOS E ESPECIFICIDADES DO SECTOR

### P20 CIÊNCIA & TÉCNICA

EMPOWERMENT COMUNITÁRIO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

### P28 CIÊNCIA & TÉCNICA

DESERTIFICAÇÃO: O PAPEL DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

### P39 CIÊNCIA & TÉCNICA

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUVAES, PREVENÇÃO DE DOENÇAS (DIABETES MELLITUS TIPO I): EXPERIÊNCIA DE UM CASO CLÍNICO

### P45 CIÊNCIA & TÉCNICA

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE DE ENFERMEIROS DO HOSPITAL DISTRIAL DE SANTARÉM

#### FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE E ADMINISTRAÇÃO Formasau, Formação e Saúde, Lda. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19, Eiras - 3020-265 Coimbra T 239 801 020 F 239 801 029 CONTRIBUINTE 503 231 533 CAPITAL SOCIAL 21.947,90 € DIRECTOR António Fernando Amaral DIRECTORES-ADJUNTOS Carlos Alberto Margato / Fernando Dias Henriques EDITORES Arménio Guardado Cruz / João Petetim Ferreira / José Carlos Santos / Paulo Pina Queirós / Rui Manuel Jarró Margato ASSESSORIA CIENTÍFICA Ana Cristina Cardoso / Arlindo Reis Silva / Daniel Vicente Pico / Elsa Caravela Menoita / Fernando Alberto Soares Petronilho / João Manuel Pimentel Cainé / Luís Miguel Oliveira / Maria Esperança Jarró / Vitor Santos / Rui Manuel Jarró Margato RECEPÇÃO DE ARTIGOS Célia Margarida Sousa Pratas CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida REGIÃO NORTE M. Céu Barbiéri Figueiredo MADEIRA Maria Mercês Gonçalves COLABORADORES PERMANENTES Maria Arminda Costa / Néilson César Fernandes / M. Conceição Bento / Manuel José Lopes / Marta Lima Basto / António Carlos INTERNET www.sinaisvitais.pt E-MAIL suporte@sinaisvitais.pt ASSINATURAS Célia Margarida Sousa Pratas INCLUI Revista de Investigação em Enfermagem (versão online) - Distribuição Gratuita PERIODICIDADE Trimestral FOTOGRAFIA 123rf© NÚMERO DE REGISTO 118 368 DEPÓSITO LEGAL 88306/95 ISSN 0872-8844

## EDITORIAL

ANTÓNIO FERNANDO S. AMARAL, Enfermeiro  
amaral@esenfc.pt

Desde há já alguns anos que tenho vindo a alertar, aqui e noutros fora, para o desinvestimento que tem sido realizado nos recursos humanos da saúde, nomeadamente de enfermeiros, com risco sistemático para a segurança dos doentes. Ora os sistemas de prestação de cuidados de saúde são compostos por organizações complexas, de mão-de-obra intensiva, onde a tecnologia não tem um carácter substitutivo dessa força, (a OMS diz mesmo que não há cuidados de saúde sem força de trabalho), então significa que as opções de política de gestão do sistema não têm sido as melhores quando desvalorizam aquele que é o seu principal capital. Assistimos, portanto a uma desvalorização do trabalho e da sua importância para os resultados que se pretendem obter e a um conseqüente debandar intenso de técnicos altamente qualificados para os quais o estado investiu muitos Euros na sua formação e que não aproveita. Esta desvalorização é visível quer quando se fala de vencimentos, que caíram significativamente, quer quando nos referimos á forma como os sistemas de emprego tratam os seus trabalhadores, promovendo comportamentos que levam a uma insatisfação generalizada e a uma grande desmotivação o que condiciona a própria obtenção de resultados positivos.

Existe hoje também um fenómeno interessante, que deve preocupar gestores e profissionais, que tem a ver com a desvalorização do trabalho por turnos. Este tipo de trabalho é bastante penalizador para os trabalhadores e, por isso, foi sempre considerada a necessidade de compensar financeiramente a penosidade das horas de trabalho que fogem aquilo que se convencionou ser um horário fixo ou "normal". Ora hoje os enfermeiros não têm incentivos para a realização desses turnos e estamos a assistir a uma grande migração destes profissionais dos hospitais para os Centros de Saúde onde a realização de turnos não é necessária. Surgem então algumas estratégias de minimização de todos estes efeitos, propostas por algumas administrações, que vão no sentido da alteração das tipologias de horário de trabalho. Em muitos casos, do que pude observar, vão diminuir o número de horas de cuidados nas 24 horas por doente, o que já era muito pouco passa a ser menos, e potencialmente vão diminuir o número de satisfeitos com o trabalho e podem potenciar a saída mais uma vez dos hospitais para os centros de saúde.

Numa altura em que era necessário pressionar para que se valorize o trabalho e se dê ênfase aos ganhos que podem ser obtidos pelos cuidados de enfermagem, o que significa investir mais nos recursos de enfermagem, colocando um número adequado e uma tipologia de enfermeiros (generalistas e especialistas) que permita dotações seguras e cuidados de alta qualidade, apresentam-se e propõem-se medidas que em muitos casos vão colocar em causa este objetivo.

O SNS provou que pode dar ganhos globais á economia, mas será que esses ganhos não podem ser maximizados com uma política de recursos humanos mais eficaz que potencie os resultados nos doentes? Claro que pode e que deve.

# IMPACTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA SOBRE O AUTOCONCEITO, A IMAGEM CORPORAL E A SEXUALIDADE REVISÃO SISTEMÁTICA



**ANDREIA CARVALHO**

*Enfermeira Licenciada pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

**MARIA FALCÃO**

*Enfermeira Licenciada pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

**MANUELA FREDERICO**

*Enfermeira, Doutorada em Ciências Empresariais. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

## RESUMO

A patologia da obesidade tem atingido proporções epidêmicas a nível mundial, surgindo a cirurgia bariátrica (CB) como o tratamento que demonstra uma redução de peso significativa, a longo prazo, vivenciada pela pessoa como um processo de transição. Objetivo: analisar o impacto da CB sobre autoconceito, imagem corporal e sexualidade na pessoa com obesidade mórbida; adquirir competências para prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade à pessoa submetida a CB. Foi realizada revisão Sistemática da Literatura (RSL), na base de dados SciELO e plataforma online EBSCOhost, com horizonte temporal de 2009 a 2014, segundo a metodologia PI[C]OD, conduzindo à seleção final de nove artigos científicos. A realização da CB acarreta mudanças significativas na vida da pessoa, levando à reformulação da identidade e modo de (re)pensar o corpo, de forma mais ou menos positiva, verificando-se uma relação entre a CB e autoconceito, imagem corporal e sexualidade. No cuidado à pessoa submetida à cirurgia denota-se a importância do papel do Enfermeiro na educação e preparação da pessoa, para a sua recuperação e sucesso da cirurgia.

Palavras-chave: obesidade, cirurgia bariátrica, autoconceito, imagem corporal, sexualidade

## INTRODUÇÃO

Segundo a World Health Organization (WHO, 2000), a obesidade apresenta-se como uma condição em que é notado o acúmulo anormal ou excessivo de gordura nos tecidos adiposos, desencadeando prejuízos para a saúde dos indivíduos afetados. Sendo considerada uma doença crônica com proporções epidêmicas a nível mundial, revelando taxas de incidência crescentes (WHO, 2003) cujo tratamento convencional para a perda ponderal e a sua manutenção

## ABSTRACT

*The obesity pathology has becoming epidemic at worldwide level, becoming the bariatric surgery (BS) as the treatment that demonstrates a significant weight reduction in the long term, experienced by the person as a transition process. Goals: To analyze the impact of CB on self-concept, body image and sexuality in the person with morbid obesity; acquire skills for providing quality nursing care to the person submitted to CB. Realized Systematic Literature Review (RSL) in SciELO database and online EBSCOhost platform, restricting to 2009 till 2014, according with PI[C]OD methodology, resulting to the final selection of nine scientific articles. The realization of CB leads to significant changes in person's life, leading to an identity reformulation and to a (re)thinking way of the body in a more or less positive perspective, verifying a relationship between the CB and self-concept, body image and sexuality. In the care of the person submitted to the surgery stand out the importance of the nurses in the person's education and preparation for recovery and successful surgery.*

*Keywords: obesity, bariatric surgery, self-concept, body image, sexuality.*

têm-se revelado insatisfatórios, surge a CB como um tratamento eficaz, pela perda ponderal notável a longo prazo, diminuição do risco cardiometabólico, assim como melhoria da qualidade e expectativa de vida (Silva-Neto et al., 2014).

De acordo com a National Institute of Clinical Excellence e American National Institute of Health guidelines, a CB é indicada em utentes com um IMC de 35 a 40 kg/m<sup>2</sup> com comorbilidades ou utentes com um IMC igual ou superior a 40 kg/m<sup>2</sup> independentemente

de existirem comorbilidades associadas (WHO, 2003), cuja decisão deve ter em conta os benefícios/riscos peri e pós-operatórios, sendo contraindicada em indivíduos com características psicológicas indicativas de dificuldade em lidar com o impacto deste procedimento (Silva-Neto et al., 2014).

Com base no Ensino Clínico realizado no serviço de Cirurgia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra, apercebemo-nos que a CB é um tratamento frequentemente realizado, pelo que considerámos enriquecedor confrontar os dados científicos existentes acerca desta problemática com os empiricamente obtidos no serviço de Cirurgia A, perspetivando o papel do Enfermeiro na promoção da adaptação ao processo de transição vivenciado pela pessoa submetida à cirurgia.

Os objetivos delineados para a realização deste artigo são: aprofundar conhecimentos teórico-científicos acerca da patologia da obesidade, incluindo a sua classificação, epidemiologia, causas, comorbilidades, fatores de risco e tratamento; estudar o impacto da CB na pessoa obesa, tendo em conta a perspetiva do autoconceito, imagem corporal e sexualidade; e, por fim, adquirir competências que contribuam para a prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade à pessoa submetida a CB.

Alguns investigadores (Beneditti, Santos, Castro, Carvalho, Ferreira & Ferreira citado em Castro et al., 2013) têm demonstrado que, no processo de construção da imagem corporal vivenciado pelas pessoas obesas, estas passam a repensar o corpo não apenas sob uma visão biológica da patologia em si e do seu tratamento, mas atendendo aos

aspectos culturais e psicossociais que lhe estão associados. Como referencia Silva & Costa citado em Nascimento et al (2013), a pessoa obesa apresenta frequentemente um estado de sofrimento psíquico manifestado por um desajustamento emocional, o qual se caracteriza por ansiedade, depressão ou alterações de humor, bem como a formação de um autoconceito negativo demonstrado pela vergonha, insegurança, auto depreciação e baixa autoestima. Estudos sugerem que a obesidade se encontra relacionada com problemas sexuais específicos, como o baixo desempenho e a diminuição do desejo sexual e o evitamento de encontros dessa natureza, o que afeta negativamente a vida sexual da pessoa obesa e respetivo companheiro (Dymek et al. citado em Assimakopoulos et al., 2011).

Compreendemos a CB como um processo de transição vivenciado pela pessoa com obesidade, o qual engloba um conjunto de mudanças e exige um período de adaptação, tornando-se crucial, segundo Rocha & Costa (2012), ter em conta a adaptação ao novo estilo de vida. O bem-estar psicossocial depende da capacidade da pessoa em lidar com a nova situação (Castro et al., 2013). Segundo Franques citado em Oliveira et al. (2004), torna-se crucial que o Enfermeiro ajude a pessoa a conhecer-se e compreender-se melhor, a aderir ao tratamento de forma mais eficiente, envolvendo-a e tornando-a responsável pela sua adaptação e vivência de uma nova identidade e estimulando a sua participação efetiva no processo de emagrecimento.

## MÉTODOS

A metodologia engloba um método, que é um conjunto de referenciais teóricos que orientam a investigação e técnicas de pesquisa (Apóstolo & Gameiro, 2005).

Recorrendo à Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e seguindo o método PIC[O] D, surge a seguinte questão de investigação do nosso estudo: "Qual o impacto da cirurgia bariátrica (O) no autoconceito, imagem corporal e sexualidade (I) da pessoa com obesidade mórbida? (P)". (Melo-Dias & Lopes, 2011).

Delineamos como critérios de inclusão: estudos cuja intervenção remeta para o impacto da cirurgia bariátrica no autoconceito, imagem corporal e sexualidade, sendo os participantes adultos submetidos a cirurgia bariátrica com diagnóstico de obesidade mórbida, incluindo estudos de abordagem qualitativa e quantitativa realizados entre 2009 e 2014, inclusive. Deste modo classificamos como critérios de exclusão: estudos que remetam para o impacto da cirurgia bariátrica noutras variáveis, realizados até 2009, exclusive, que não apresentem metodologia quantitativa ou qualitativa e estudos repetidos ou cujo acesso ao texto integral nos foi impossibilitado, excluindo estudos realizados em crianças/adolescentes; adultos com obesidade mórbida não sujeitos a cirurgia bariátrica; e adultos com obesidade mórbida no período pré-cirúrgico.

Para a realização da presente RSL recorreremos à plataforma online EBSCOhost, bem como à base de dados SciELO. Neste sentido, utilizámos como palavras-chave os termos cirurgia bariátrica, imagem corporal, autoconceito, sexualidade e obesidade,

juntamente com o operador booleano "AND". As palavras-chave evidenciadas foram utilizadas com a terminologia portuguesa e inglesa, nomeadamente self, bariatric surgery, sexuality, surgery e obesity. Limitámos ainda a nossa pesquisa bibliográfica para artigos que dispõem de texto integral, em idiomas português, espanhol e inglês, assim como para o horizonte temporal entre os anos de 2009 e 2014, inclusive.

Tendo em conta o nosso protocolo de pesquisa, após os critérios de inclusão e exclusão previamente delineados, definimos três diferentes caminhos de pesquisa a que recorreremos, seguida de uma análise e identificação do número de artigos aceites e rejeitados. Os artigos finais obtidos para análise por dois elementos, respeitaram todos os critérios de inclusão inicialmente definidos, considerando-se por isso adequados e pertinentes para o nosso estudo, seguindo a metodologia delineada, sendo, deste modo, possível caracterizá-los como válidos.

Através das pesquisas bibliográficas realizadas obtivemos um total de vinte e sete (27) publicações, as quais foram sendo excluídas de forma progressiva: três (3) dos quais não continham acesso ao texto integral, dois (2) artigos repetidos, oito (8) excluídos pelo título, dois (2) excluídos pela leitura do Abstract, e três (3) excluídos após leitura do texto integral. No final, obtivemos um total de nove (9) artigos científicos finais, após leitura do texto integral e análise pormenorizada dos mesmos.

## RESULTADOS

Relativamente ao autoconceito, os autores são maioritariamente consensuais no que diz respeito ao impacto positivo que a CB propicia. Rojas et al. (2011), Martínez et al. (2010) e Agra & Henriques (2009) revelaram-se consensuais no que confere à construção de uma autoestima mais positiva após a CB, tendo sido demonstrada uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de autoestima no período pré e pós-cirúrgicos. Foi demonstrado, por Nascimento et al. (2013), que a modificação corporal decorrente da CB leva à perda do reconhecimento de si, tanto pela própria percepção, como pela percepção do outro em relação a si, causando uma desadaptação emocional, em que ocorre uma distorção da imagem anterior e conduz a uma alteração da identidade e ao mal-estar. Essa desadaptação emocional é, muitas vezes, transitória, sendo que a percepção positiva do emagrecimento conduz a uma reestruturação progressiva da identidade, proporcionando uma revalorização do autoconceito, melhoria da imagem corporal, maior aceitação de si e o desenvolvimento de sentimentos de pertença e de integração social.

Atendendo ao conceito de imagem corporal, Almeida et al. (2012), Castro et al. (2013) e Agra & Henriques (2009), demonstraram consensualidade no que diz respeito à ocorrência de alterações positivas na imagem corporal após a realização da CB. Os primeiros verificaram que a insatisfação corporal diminuía à medida que aumentava o tempo pós-operatório, sendo essas diferenças estatisticamente significativas comparando o período pré-operatório com as avaliações realizadas pós-operatório.

Segundo os dados fornecidos por Castro et al. (2013), é também visível que a maior parte das participantes referiram sentir-se bem e bonitas após a realização da CB, bem como como a percepção de olhares de admiração por parte do outro, percebendo-se a associação realizada entre a autoimagem negativa e positiva com o período pré e pós-operatório, respetivamente.

Gilmartin (2013), veio repostar esses resultados, demonstrando que após a CB os participantes, sujeitos a uma redução acentuada de peso, revelaram sentimentos de vergonha pelo seu corpo, desencadeando alterações negativas ao nível do humor, sentimentos de autoestima diminuídos e uma imagem corporal negativa. Em concordância com este autor, também Castro et al. (2013) verificaram que, apesar da percepção positiva da CB demonstrada anteriormente, a segunda maior percentagem de participantes não se auto reconheceram e pensavam ainda como obesas.

Tendo em conta a sexualidade, Castro et al. (2010), Nascimento et al. (2013), Martínez et al. (2010), Agra & Henriques (2009) e Assimakopoulos et al. (2011), mostraram-se consensuais nos resultados dos seus estudos, evidenciando uma melhoria na vivência da sexualidade após a realização da CB. Nascimento et al. (2013) comprovou que com o emagrecimento, as mulheres demonstraram sentir-se mais capazes de lidar com o desejo do outro. Agra & Henriques (2009) veio também demonstrar que foi denotada uma maior aceitação do corpo por parte das participantes após a CB, permitindo-lhes uma vivência sexual mais positiva e saudável. A análise realizada por Assimakopoulos et al. (2011) revelou

ainda uma melhoria significativa ao nível do desejo sexual, da excitação, da lubrificação, da satisfação e da função sexual, bem como uma redução dos níveis de dor durante o ato sexual, tendo sido estas associadas à redução do IMC que se verificou após a cirurgia.

Discordando, Gilmartin (2013) relacionou a construção negativa da autoimagem após a CB com as dificuldades ao nível sexual e da intimidade. Nas mulheres, em particular, a autoconsciência negativa do corpo durante o ato sexual, bem como a diminuição da autoestima, desencadearam uma diminuição da autoconfiança no que concerne à funcionalidade sexual, potenciando assim uma perceção negativa dessa experiência.

## DISCUSSÃO

Após a confrontação dos resultados dos artigos em análise, verifica-se consensualidade na maioria dos autores aquando da consideração da CB como uma estratégia para a superação de limites anteriormente impostos pela condição de obesidade, sendo estes a vários níveis, como: do bem-estar físico e psicológico, da recuperação da funcionalidade, do alcance de uma maior autonomia e capacidade para o autocuidado, da vivência de novos papéis familiares e/ou sociais, do desenvolvimento de uma autoestima mais positiva e, de um modo geral, da promoção de uma maior qualidade de vida. Desta forma, é possível assumir, segundo os resultados finais obtidos, que a CB tem um impacto no autoconceito, na imagem corporal e na sexualidade, o qual, embora se tenha comprovado poder ser também negativo, se demonstrou maioritariamente positivo.

Correlacionado os três conceitos em

estudo, no período inicial após a cirurgia foi demonstrada uma desadaptação emocional, derivada de um sentimento de alteração da identidade, provocado pela distorção da imagem corporal, conduzindo, muitas vezes, à própria despersonalização. Contudo, no decorrer do período pós-operatório foi notada uma revalorização progressiva do autoconceito, o que, aliado a uma melhoria gradual da condição física e funcional, conduziu também a uma melhoria da condição emocional. Deste modo, ao adquirir uma perceção mais positiva de si, associada a uma melhoria da imagem corporal, a pessoa demonstra-se mais confiante e predisposta a estabelecer relações interpessoais. Com a diminuição do sentimento de vergonha em relação a si e ao seu corpo, o aumento do sentimento de atratividade e de auto apreciação, a pessoa passa também a sentir-se mais capaz de investir nas suas relações afetivo-sexuais, demonstrando maior satisfação na sua intimidade. Assim, a perceção que a pessoa adquire de poder ser desejada pelo outro, leva a um aumento da sua autoestima, da sua auto aceitação e, conseqüentemente, do seu autoconceito. No entanto, a avaliação realizada num período mais tardio após a cirurgia, deixou-nos perceptível que o emagrecimento rápido e, muitas vezes, inadequado (por não ser associado à prática de exercício físico), desencadeia, novamente, sentimentos negativos em relação à auto perceção da pessoa e imagem corporal. Com esta auto depreciação do corpo a pessoa passa a sentir-se excluída dos padrões de beleza sociais vigentes, o que leva, por sua vez, a um prejuízo nos relacionamentos, desenvolvendo uma perda da autoconfiança, o que influencia negativamente o

envolvimento afetivo-sexual da pessoa.

Os profissionais de Enfermagem, ao reconhecerem que as pessoas de quem cuidam vivenciam sentimentos de desvalorização, relacionados com o padrão social incutido ao corpo, sentem a necessidade de atender, no processo de cuidar, também às dimensões sociais e culturais, sendo evidenciado, segundo Silva et al. (2013), que o enfoque nas mesmas qualifica positivamente o cuidado prestado. O estabelecimento de vínculos com o utente torna-se, deste modo, fundamental, visando diminuir a sua ansiedade, pelo que são descritos a escuta, o acolhimento e o diálogo como meios de procura da compreensão e da interpretação do outro (Silva et al., 2013).

## CONCLUSÃO

Através da análise da maioria dos resultados, foi possível de forma fundamentada e dotada de rigor científico, responder à nossa questão de investigação inicial, orientadora de todo o processo de pesquisa sistemática. Permitiu-nos perceber que o emagrecimento permite uma reestruturação da pessoa, não só como ser social, uma vez que esta deixa de se destacar negativamente, mas também a nível pessoal, levando à construção de um autoconceito mais positivo e à restituição da identidade corporal. Constatámos que a realização da CB acarreta mudanças significativas na vida da pessoa anteriormente obesa, o que exige uma adaptação à nova condição, sendo que estas mudanças podem ter uma adaptação positiva ou negativa, com impactos diferentes na vida da pessoa.

Apercebemo-nos da importância que o Enfermeiro detém em contexto de prática clínica, no sentido de compreender e

possibilitar uma adaptação positiva ao processo de transição experienciado, nomeadamente do período pré para o pós-operatório. Atendendo às mudanças verificadas após a CB, de naturezas diversas, como a perda de peso, a alteração do regime alimentar, a alteração da imagem corporal, bem como da perceção que a pessoa tem sobre si, sobre o que o outro pensa de si e como se comporta para consigo, torna-se fundamental que o Enfermeiro detenha conhecimentos específicos nesta área. Neste sentido, poderá apoiar e orientar de forma mais eficaz a pessoa e a sua família para a aquisição de estratégias que facilitem a adesão ao regime de tratamento, bem como a vivência o mais positiva e saudável possível da nova condição.

Em jeito de conclusão, enquanto Enfermeiras, detetamos e fazemos ênfase à extrema importância dos nossos cuidados no sentido de apoiar e assistir a pessoa nas transições vivenciadas, assim como nos défices de autocuidado provocados pela mudança e proporcionando o bem-estar.

## BIBLIOGRAFIA

- Agra, G. & Henriques, M. (2009). Vivência de mulheres que se submeteram à gastroplastia. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 11 (4), p. 982-992. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=e114ee93-1aa3-4f21-aff2-b65cf8d8de95%40sessionmgr4004&hid=4207>
- Almeida, S. et al. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 17 (1), p. 153-160. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n1/19.pdf>
- Apóstolo, J. & Gameiro, M. (2005). Referências

onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em enfermagem: Uma análise crítica. *Revista Referência*, 2 (1), p. 29-38. Recuperado de [https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=40&codigo](https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=40&codigo)

Assimakopoulos, K. et al. (2011). Bariatric surgery is associated with reduced depressive symptoms and better sexual function in obese female patients: A one-year follow-up study. *Obesity Surgery*, 21 (3), p. 362-366. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=e114ee93-1aa3-4f21-aff2-b65cf8d8de95%40sessionmgr4004&vid=7&hid=4207>

Castro, M. R. et al (2010). Função e imagem corporal: Uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 32 (2-4), p. 167-183. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v32n2-4/12.pdf>

Castro, M.R. et al (2013). Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. *Motricidade*, 9 (3), p. 82-95. Recuperado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/mot/v9n3/v9n3a10.pdf>

Gilmartin, J. (2013). Body image concerns amongst massive weight loss patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (9-10), p. 1299-1309. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ba69f8fc-fd69-43d5-a5b1-890be9cd84d7%40sessionmgr4002&vid=11&hid=4209>

Martínez, Y. et al. (2010). Does bariatric surgery improve the patient's quality of life? *Nutrición Hospitalaria*, 25 (6), p. 925-930. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n6/original2.pdf>

Melo-Dias, C, & Lopes, M. (2011). RSL Operacionalizada. *Nursing*, 23 (271), 21-27.

Nascimento, C. et al. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18 (2), p. 193-201. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/>

v18n2a04.pdf

Oliveira, V. et al. (2004). Cirurgia bariátrica – Aspectos. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22409.pdf>.

Rocha, C. & Costa, E. (2012). Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise Psicológica*, 30 (4), p. 451-466. Recuperado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v30n4/v30n4a07.pdf>

Rojas, C. et al. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Médica do Chile*, 139 (5), p. 571-578. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art02.pdf>

Silva, E. G. et al. (2013). O cuidado de enfermagem à pessoa que se submete à cirurgia para redução de peso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15 (4), p. 886-889. Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/v15n4a05.htm>

Silva-Neto, E. et al (2014). Cirurgia bariátrica reverte risco metabólico em pacientes assistidos em nível ambulatorial. *ABCD Arquivos Brasileiros Cirurgia Digestiva*, 27 (1), 38-42. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n1/pt\\_0102-6720-abcd-27-01-00038.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n1/pt_0102-6720-abcd-27-01-00038.pdf)

World Health Organization. (2003) - Obesity and Overweigh. Recuperado de [http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gfsf\\_obesity.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gfsf_obesity.pdf).

World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic pf Obesity – Report of a WHO Consultation. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_894.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf?ua=1)

# ECONOMIA DA SAÚDE ELEMENTOS DISTINTIVOS E ESPECIFICIDADES DO SECTOR

**TERESA BRANCO**

*Enf.<sup>a</sup> Especialista em Reabilitação, Pós Graduada em Gestão de Serviços de Saúde, Docente na Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias. Exerce funções no Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE – Hospital São José – Serviço de Urologia.*

## RESUMO

A articulação da oferta e da procura no domínio da saúde não obedece às mesmas regras da economia em geral, porque a saúde não é um bem susceptível de consumo ou de permuta. A saúde simetriza um objectivo ideal, que na maioria dos países, começa a ser exigida como um verdadeiro direito. A procura da saúde não se verte forçosamente pelo consumo da saúde. É possível pedir sem consumir e consumir sem pedir.

É certo no entanto, que a procura de saúde pelas populações aumenta com excessiva rapidez, tanto nos países desenvolvidos como nos países em via de desenvolvimento. Este incremento consagra-se sobretudo à tremenda detonação dos conhecimentos médicos, que concebem o aumento da esperança de vida e a redução das sequelas das doenças.

Existem inúmeros estudos efectuados no domínio da oferta e da procura de saúde, assim sendo, parece-nos interessante apresentar, em linhas gerais, o conceito de economia da saúde, os seus elementos distintivos e especificidades do sector, aspectos que se encontram intimamente interligados.

A Economia da Saúde é vista em geral, como um ramo aplicado da análise económica, tendo ganho autonomia e projecção nas duas últimas décadas. Com efeito, não só os economistas como, peculiarmente, os políticos e os profissionais de saúde têm vindo a tomar consciência de que a especificidade e a evolução do sector impõe o conhecimento mais rigoroso dos mecanismos que explicam as dificuldades adscritas de gestão que se têm verificado, tanto a nível global como das unidades prestadoras, aos diversos níveis (Pinto, 1999)

Cumprir, em primeiro lugar, esclarecer o que se entende por economia e economia da saúde.

Segundo Samuelson

*"economia é o estudo de como os homens e*

## ABSTRACT

*The articulation of supply and demand in health does not obey the same rules of the economy in general, because health is not very likely a consumer or exchange. Health simetriza an ideal goal, which in most countries, is beginning to be required as a genuine right. The pursuit of health is not necessarily shed by the consumption of health. You can order and consume without taking without asking.*

*It is true however, that the demand for healthcare by the population increases too quickly, both in developed countries and countries in the developing world. This increase is mainly devoted to the tremendous explosion of medical knowledge, who conceive the increase in life expectancy and reduce the sequelae of the disease.*

*There are numerous studies in the field of supply and demand for health, well being, it seems interesting to present, in general, the concept of health economics, and their distinctive specificities of the sector, aspects that are closely interlinked.*

*a sociedade escolhem, com ou sem uso de dinheiro, a utilização de recursos produtivos limitados, que têm usos alternativos, para produzir bens e distribuí-los como consumo, actual ou futuro, entre indivíduos e grupos na sociedade. Ela analisa os custos e benefícios da melhoria das formas de distribuir os referidos recursos". Samuelson (1976: 3)*

Importando esta definição ao sector da saúde, de facto ele ostenta recursos produtivos limitados, na maioria das vezes escassos, e parte de um processo decisório centralizado e de natureza política. A utilização desses recursos não tem destino prévio, sendo o seu uso alternativo determinado pelos gestores. Atribuídos ao sector da saúde, revertem em bens e serviços que serão atribuídos de acordo com as características e estrutura do

sistema de saúde, com impacto imediato ou futuro, atingindo indivíduos ou grupos definidos da população. Por último a análise económica avalia os tais custos e benefícios, de forma a aperfeiçoar a sua distribuição e futura intervenção no sector.

Barros (2005: 5) define economia como “o estudo da afectação de recursos escassos susceptíveis de usos alternativos a necessidades virtualmente ilimitadas”.

Nero designa economia da saúde como *“o ramo do conhecimento que tem por objectivo a optimização das acções da saúde, ou seja, o estudo das condições óptimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados”* (Nero, 2011: 20)

Interessa-nos então, compreender as especificidades únicas do sector da saúde, tanto dos agentes como dos bens e serviços que transaccionam neste mercado. Contrariamente aos outros mercados, o que acontece no mercado da saúde é que os agentes de mercado ostentam comportamentos distintos que se evidenciam desde logo na natureza do produto em causa: os cuidados de saúde.

Na verdade, os cuidados de saúde constituem um bem cujo consumo, por si só, não propicia utilidade. O seu consumo faz-se com o único objectivo de restabelecer um estado de saúde entretanto perdido ou debilitado. Neste âmbito, estaremos em presença de um bem sem utilidade intrínseca, e cujo consumo estará sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura – o doente (Matias, 1995)

Por outro lado o papel de agente da oferta – médicos ou profissionais de saúde – não é obrigatoriamente passivo, e pode ser mesmo responsável pela indução de procura fazendo os indivíduos acreditar numa necessidade de consumo de cuidados de saúde nem sempre real. Neste teor, a necessidade

*“é um conceito que se apresenta muito do lado da oferta, uma vez que, em última análise, a mesma existirá enquanto a prestação de cuidados de saúde apresentar uma produtividade marginal positiva, i. e., existirá procura enquanto o produto oferecido gerar benefícios marginais positivos”.* Matias (1995: 5)

Este comportamento encontra-se, envolvido de particularidades, nomeadamente porque o agente da oferta apresenta-se em situação de superioridade relativa no mercado, o que levanta problemas de carácter deontológico e do exercício, ou, de poder discricionário por parte do médico (Matias, 1995).

O estado de saúde constitui verdadeiramente o objectivo único do consumo de cuidados de saúde, razão pela qual a procura deste bem tem características muito peculiares, nomeadamente:

Esgotamento de consumo – nos cuidados de saúde pode-se falar em desutilidade (utilidade negativa), enquanto que para os restantes bens e serviços apenas se pode falar em utilidade marginal decrescente, por outro lado, o ponto de saciedade nestes é atingido mais tarde, e é precisamente neste momento que a procura se torna perfeitamente elástica, enquanto que nos cuidados de saúde o ponto de saciedade define a fronteira entre a utilidade e a não utilidade (Matias, 1995).

Inexistência de utilidade intrínseca no bem –

contrariamente aos outros bens e serviços, onde o próprio consumo gera utilidade, os cuidados de saúde são consumidos com o objectivo único de proporcionar saúde ao doente, e não porque o respectivo consumo proporcione utilidade por si só. Se separarmos o consumo de cuidados de saúde do objectivo de propiciar saúde, naturalmente assistimos à ausência de procura para o bem, uma vez que o seu consumo deixaria de conceder qualquer utilidade para o consumidor. (Matias, 1995).

Não homogeneidade e eventual interdependência no consumo – os cuidados de saúde englobam bens e serviços bem diferentes (medicamentos, internamentos, consultas médicas, terapêuticas, etc.), pelo que estamos em presença de um bem não homogéneo, o que implica a presença de vários mercados, com todos os problemas daí resultantes, nomeadamente a não unicidade do equilíbrio. Por outro lado, trata-se frequentemente de um bem indivisível (terapêuticas), que pode englobar um conjunto de consumos interdependentes (em cadeia) (Matias, 1995).

Uma vez que, as características do bem cuidados de saúde influenciam a estrutura do mercado, importa definir mais pormenorizadamente as características desse bem, as quais podem ser organizadas em função das incertezas, dos juízos de valor e das externalidades.

Um dos aspectos que existe, persiste e envolve o sector da saúde é a incerteza: incerteza por parte do indivíduo quanto ao momento em que necessita de cuidados médicos, quanto ao custo desses mesmos cuidados, quanto ao estado de saúde, ao tratamento adequado, ao efeito de um

tratamento, etc. (Barros, 2006). O facto de subsistirem tantos elementos de incerteza evidenciam um papel importante para os instrumentos de seguro, seja este privado ou social. Em geral, existe frequentemente alguma forma de seguro, que isola, pelo menos, parcialmente o indivíduo de alguma desta incerteza. O segurador público ou privado, é um agente adicional face à oferta e procura, o que torna a análise deste sector dissemelhante da afeita noutros contextos (Barros, 2006).

Segundo Barros

*“adicionalmente, quando se tem um segurador público, de que é exemplo o Governo ou um Serviço Nacional de Saúde, poderá este segurador público fazer uso do poder de determinar contribuições obrigatórias. Num mercado qualquer, uma transacção corresponde a um preço pago pela “procura” à “oferta” contra entrega de um determinado bem ou serviço. Com seguro, na saúde, quem paga o bem ou serviço pode ser uma entidade diferente de quem beneficia desse bem ou serviço. Apenas esta diferença, aparentemente pequena, ocasionará um resultado de afectação de recursos totalmente diferente”* (Barros, 2006: 25)

Uma outra consequência da incerteza presente no sector da saúde é a possibilidade de assimetrias de informação, uma vez que um dos agentes em presença – o médico – dispõe de mais e melhor informação do que o outro agente – o doente/consumidor – acrescentando ainda o facto de o primeiro dominar os processos pelos quais a prestação de cuidados de saúde é disponibilizada ao segundo (Matias, 1995).

Podemos então afirmar que estamos perante uma situação de mercado em que o sistema

de informação em torno da prestação de cuidados de saúde é dominado pela oferta. O reconhecimento desta situação por ambas as partes, leva o lado da procura a incumbir no agente da oferta o processo de decisão referente à sua função de preferências, uma vez que esse agente (o médico) ao dispor de um conjunto de informação com características quantitativas e qualitativas que, manifestamente, não estão ao dispor do doente, estará certamente em melhores condições para tomar decisões certas quanto à prestação de cuidados de saúde ajustada às preferências do consumidor/doente (Matias, 1995).

Estabelece-se assim uma relação de agência. Esta relação de agência é omnipresente e imperfeita, estigmatizando designadamente o comportamento do agente da procura, o qual vê as suas escolhas frequentemente influenciadas, senão mesmo determinadas, pela oferta. Segundo Matias (1995:13) a imperfeição desta relação

*“é tal que leva a uma certa dificuldade em distinguir entre os objectivos e funções de utilidade do principal e do agente, o que não acontece nos outros mercados, onde o principal contrata o agente para que este (na posse de informação acrescida) desempenhe um acto que afecta a sua utilidade como consumidor”*

Naturalmente, ao ganhar direitos de propriedade sobre a função de utilidade do consumidor, o agente da oferta terá à sua mercê todo um potencial para exploração do consumidor. Isto acontece, porque o médico detém a possibilidade de decidir os custos e benefícios de terapêuticas alternativas para o doente, podendo expô-las por forma a explorar da melhor maneira a disposição

do agente da procura para o pagamento de um determinado conjunto de cuidados de saúde. Este problema levanta a questão da importância do papel dos códigos de ética na conduta médica. (Matias, 1995).

Na realidade, o consumidor, ao entrar numa relação de agência com o fornecedor de cuidados de saúde, não se encontra em condições de avaliar ex-ante os resultados da mesma, pelo que, o código deontológico médico ajuda o consumidor a acreditar que o comportamento do médico será regido pelo mesmo, o que poderá significar que a sua actuação se processará no melhor interesse do consumidor.

Outros problemas se colocam no âmbito desta relação de agência entre médico e doente, designadamente no risco moral, no consumo e na oferta:

No consumo – se os indivíduos se vêm protegidos dos riscos da saúde por um qualquer sistema (SNS ou Seguro) tendem a ter um comportamento mais negligente, o que poderá condicionar excessos de procura de cuidados de saúde que vêm sobrecarregar o funcionamento dos sistemas, podendo no caso do Seguro acarretar a subidas nos prémios de Seguro que levarão à saída dos melhores riscos da carteira, aumentando com isso o risco médio da mesma, estando assim desencadeado um processo de selecção adversa (Matias, 1995).

Na oferta – O médico poderá agregar algumas das suas preferências na função de preferências que lhe foi delegada pelo doente, podendo assim a prestação dos cuidados de saúde, virem a ser função não apenas das preferências do doente mas também do médico: problema da indução da procura (Matias, 1995).

Este fenómeno da indução da procura é presentemente objecto de muita investigação na área da Economia da Saúde, colocando-se mesmo com grande acuidade face ao aumento do número de médicos a que se assiste nas sociedades ocidentais. Face a um aumento expressivo da oferta, num mercado competitivo, assistir-se-ia a uma baixa de preços com o objectivo de renovar o equilíbrio ao nível dado de procura. No mercado de cuidados de saúde, é pouco crível que isto aconteça, uma vez que a classe médica dispõe de poder de mercado suficiente para não consentir uma baixa generalizada dos honorários médicos, sendo de esperar que se verifique antes um comportamento de indução de procura que possibilite manter ou, pelo menos, minimizar as perdas de rendimento para o agente da oferta. Esta situação só é possível porque é neste agente que está a informação sobre a relação - cuidados de saúde - saúde - abrindo-se assim a possibilidade à oferta de criar a sua própria procura, o que aparenta ser uma espécie do revivalismo da célebre "Lei de Say".

Ainda no sector da saúde, existe um juízo de valor no consumo de serviços médicos que não se encontra no consumo de outros bens, apesar de os cuidados médicos serem tão vitais à sobrevivência humana como por exemplo a alimentação. A tradução mais clara deste juízo ético segundo Barros (2006: 26) "é o princípio geralmente aceite de que ninguém deve ser privado de cuidados médicos em caso de necessidade, independentemente das suas condições financeiras". Segundo o mesmo autor, os valores éticos têm alcançado grande atenção na Economia da Saúde, com o desenvolvimento de noções

como acessibilidade e equidade, e das suas implicações em termos de política bem como os problemas intrínsecos à sua quantificação (Barros, 2006).

A junção destes factores e o maior ou menor peso de cada um em situações específicas sugere diferentes formas de organização das relações económicas neste sector, e possibilita uma forte intervenção das autoridades económicas.

Existem ainda um conjunto de características dos cuidados de saúde que implicam num conjunto de efeitos externos (externalidades), que têm igualmente implicações na escolha da melhor forma de provisionamento daquele bem:

- *"casos em que a protecção individual pode constituir um benefício social;*
- *casos em que a aversão ao risco leva a que indivíduos sem necessidades imediatas ao nível da protecção na saúde sejam contribuintes líquidos do sistema pelo simples receio de riscos futuros;*
- *casos de indivíduos que retiram utilidade da simples constatação de existência de um sistema eficiente de protecção na saúde, não fazendo contudo grande utilização do mesmo"* (Matias, 1995: 9)

Tratam-se de problemas terminantes na área da Economia da Saúde. O primeiro levanta o problema do "free-rider", o segundo refere-se aos benefícios que a sociedade como um todo vai retirar de comportamentos avessos ao risco, o último diz respeito à questão da saúde ser ou não um bem de mérito (bem que não seria consumido por livre iniciativa do consumidor, e cujo o acto de consumo trará benefícios não só ao próprio, mas também a outros que com ele se relacionem,

senão mesmo à sociedade como um todo (Matias, 1995).

Uma vez que o mercado livre não funciona de modo satisfatório na presença de externalidades, obriga a uma intervenção directa do Estado. Assim sendo, o Estado regulador profere normas, determina regras e leis, que regulam a actividade de todos os que participam neste sector, seja a população em geral no papel de “consumidor”, sejam os prestadores diversos na qualidade de “produtores” (Barros, 2006).

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Pedro. Pita – Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos: Edições Almedina, Coimbra, 2006

BUCHANAN, James. M. – Opportunity cost. O Novo Palgrave: Um Dicionário de Economia, 1987

BULHOSA, José Frias. – Princípios e Formas de Avaliação Económica Aplicados à Medicina Dentária, 2004. Acedido a 06-05-2011. Disponível em <http://www.spend.pt/uploads/rev/rev-1-pdf/45-2artigo4.pdf>

DURU, Gérard; BÉRESNIAK, Ariel - Economia da Saúde. Climepsi Editores. Lisboa 1999. ISBN 972-8449-14-3

FERREIRA, Lara de Noronha - Utilidades, Qalys e Medição da Qualidade de Vida – Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2002. Acedido a 06-05-2011. Disponível em <http://www.apes.pt/dts/dt-012002.pdf>

FREITAS, Mário. Morais – Avaliação Económica em Saúde. Portal de Saúde Pública, 2005. Acedido a 05/05/2011. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt-01-administracao/011-Economia/EconomiaSaude>

LOURENÇO, Óscar – Algumas Especificidades da Economia na Saúde. Acedido a 05-05-2011. Disponível em <http://www.hospitaldofuturo.org/group/gestaoeconomiasaude/forum/topics/1967198:Topic:1139>

MATIAS, Álvaro – O Mercado de Cuidados de Saúde, 1995. Acedido a 05-05-2011. Disponível em <http://www.apes.pt/files/dts/dt.-051995.pdf>

NERO, Carlos - O que é a Economia da Saúde, 2011. Acedido a 05-05-2011. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp>

NETO, Giacomo Balbinotto – Custos e o Sector da Saúde, 2009. Acedido a 05-05-2011. Disponível em <http://doc.google.com/viemer?a=v&q=cache:EQGUc306tNOJ:www.ppge.ufrgs.br/giacomo/arquivos/epi79/aula01.pdf+custos+e+o+sector+saude>

PINTO, Carlos Gouveia – Economia da Saúde. Climepsi Editores. Lisboa 1999. ISBN 972-8449-14-3

ROQUE, Manuel – Apontamentos cedidos no Curso Pós Graduação de Serviços de Saúde, na disciplina Política e Economia da Saúde, Lisboa, 2011

SAMUELSON, P. - Economics. New York: Mcgraw Hill, 1976

## EMPOWERMENT COMUNITÁRIO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA



### ANA FILOMENA SILVA DE FREITAS

Enfermeira; Mestrado em Enfermagem Comunitária; Pós-graduada em Enfermagem Avançada; Pós-graduada em Cuidados Continuados Integrados; Enfermeira; Mestrado em Enfermagem Comunitária; Pós-graduada em Enfermagem Avançada; Pós-graduada em Cuidados Continuados Integrados

### LÚCIA ALEXANDRA CARDOSO

Enfermeira do Ceto Hospital do Porto- Hospital de Santo António – Serviço de Urgência; Pós-graduada em Enfermagem Avançada; Especialista em Enfermagem Comunitária

### RESUMO

O empowerment comunitário como estratégia de intervenção, comporta uma participação e capacitação da comunidade. Esta revisão sistemática da literatura objetiva determinar o contributo do empowerment comunitário, na capacitação da comunidade, relacionada à saúde ambiental. Os resultados evidenciam que o empowerment comunitário como estratégia de intervenção, contribui positivamente na capacitação e participação da comunidade, nas intervenções dirigidas à saúde ambiental. A enfermagem comunitária pode engrandecer pelas suas competências a saúde ambiental da comunidade através da implementação desta estratégia na sua prática.

**Palavras-Chave:** Empowerment Comunitário; Saúde Ambiental; Enfermagem Comunitária

### ABSTRACT

*Community empowerment as an intervention strategy, involves participation and community empowerment. This systematic review aims to determine the contribution of community empowerment, community capacity building related to environmental health. Results show that the community empowerment as an intervention strategy, contributes positively in training and community participation in interventions aimed at environmental health. The nursing community for their expertise can engrandecer environmental health of the community through the implementation of this strategy in practice.*

**Keywords:** Community Empowerment, Environmental Health, Community Nursing

## INTRODUÇÃO

A Saúde Ambiental abrange os aspectos da saúde humana que são determinados pelos fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos do ambiente. Também engloba a avaliação, a correção, a diminuição e a prevenção dos fatores ambientais que, podem interferir na saúde das comunidades atuais e futuras (Plano Nacional de Saúde 2004/2010). A Organização Mundial da Saúde (2006) evidencia o significativo impacto do ambiente na saúde humana, estimando que 24% do peso global da doença e 23% de todas as mortes podem ser atribuídas a fatores ambientais.

Com efeito, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde pública e comunitária, deve ser estruturada numa lógica de parceria, incluindo a comunidade no planeamento e prestação de cuidados. Tal significa, que profissionais e comunidade se encontram numa relação de equidade no processo de tomada de decisão. Toda esta nova visão, relativa à maior capacitação da comunidade, comporta uma maior consciencialização do seu papel no processo de saúde, levando a que estes se mostrem cada vez menos condescendentes perante atos que possam, eventualmente, ser danosos dos seus direitos e saúde.

Perante o enunciado realizamos uma revisão sistemática da literatura, para determinar o contributo do empowerment comunitário, como estratégia de intervenção, na capacitação da comunidade relacionada à saúde ambiental.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta revisão é enfatizado o empowerment comunitário em prol da saúde ambiental. Neste domínio, o enfermeiro especialista em saúde pública e comunitária pelas suas competências pode enriquecer o processo ambiente e saúde, através da implementação de estratégias de intervenção como o empowerment comunitário, em prol da promoção da saúde e prevenção de doenças. Empowerment é um conceito que reúne uma complexidade de noções de diferentes áreas do conhecimento. Na década de 70, este conceito foi dominado pelos movimentos de auto-ajuda, e, na década de 80 pela psicologia comunitária. Na década de 90 é influenciado pelos movimentos que afirmam o direito da cidadania, sobre as diferentes esferas da vida social: a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico (Carvalho, 2004). Anaut (2005), conceptualiza o empowerment como a capacidade de que o indivíduo tem de exercer controle sobre o meio ambiente, associado a uma sensação de poder, e, aliado ao reconhecimento pelo mesmo das suas competências neste domínio. .

Partindo do pressuposto de que o conceito/ estratégia de empowerment constitui um eixo central da promoção da saúde da comunidade, e embasadas no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, que afirma que o enfermeiro especialista nesta área tem como competência: contribuir para a capacitação de grupos e comunidades, reforçamos que o empowerment comunitário como conceito/ estratégia se adequa e assume como um determinante de efetividade em Enfermagem Comunitária (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Estes achados vão de encontro a um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PNS 2011-2016), promover a participação e o empowerment, salientado a importância da compreensão por parte dos decisores políticos, que a capacitação da comunidade, contribui para a obtenção de ganhos não só em saúde, como também em mais cidadania, para a sustentabilidade dos programas. Pela importância crescente que os fatores de risco ambientais têm na promoção e prevenção da saúde, o PNS 2011-2016 inclui um capítulo especial sobre saúde ambiental.

A incorporação do empowerment comunitário, na prática contesta que novos modos de se fazer saúde, incorporem como diretriz uma atitude que encare a comunidade na singularidade dos seus indivíduos, portadores de direitos e deveres, uma vez que instituições burocráticas e seus profissionais são passíveis de mudança.

## METODOLOGIA

No sentido de sistematizar o estado da arte sobre o empowerment comunitário como estratégia de intervenção, procedemos a uma revisão sistemática da literatura, sobre a temática, durante os meses de Março a meados de Maio de 2012, com base nas orientações do Cochrane Handbook (2011). Desta forma, na elaboração da questão de investigação, com efeito na busca dos artigos científicos, foi utilizado o método PI[C]O (Cochrane 2011).

Partindo da análise dos pressupostos teóricos, definiu-se a seguinte questão de investigação: De que forma o Empowerment Comunitário, como estratégia de intervenção, contribui para a capacitação da comunidade no âmbito da saúde ambiental?

Quadro 1 – Critérios para Formulação da Pergunta PI[C]O

Descrição do acrónimo	Descritores MeSH e DeSH
(P) Comunidade	Comunidade; community; comunidade
(I) Empowerment	Empowerment;
(C) Comparações	Sem comparações
(O) Saúde	Saúde; Health; Salud

Assim, partindo da questão de investigação definidos critérios para inclusão/exclusão dos artigos na revisão sistemática de literatura.

Critérios de inclusão: Estudos primários centralizados nas temáticas da avaliação da efetividade do empowerment comunitário, como estratégia de intervenção na comunidade relacionada com a saúde ambiental; Estudos com evidência científica, quantitativos ou qualitativos; Estudos com resultados acerca do processo de capacitação e participação da comunidade

no âmbito da saúde ambiental; Estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola; e publicados a partir de 2006 até a data de pesquisa (10 de Março de 2012, de acesso gratuito e com texto integral (Full Text).

### Estratégias de Pesquisa

A combinação dos componentes da estratégia PICO para finalização da estratégia de busca, após seleção dos termos de busca (descritores) e utilização dos operadores booleanos para

os componentes da estratégia PICO, resultou na seguinte estratégia final: ("comunidade" OR "community" OR "comunidad") AND ("empowerment") AND ("saúde" OR "health" OR "salud"). Esta estratégia final foi inserida na caixa de busca (search box) existente nas bases de dados eletrônicas selecionadas, de forma a localizar as evidências por meio da busca bibliográfica, no dia 10 de Março de 2012.

As bases de dados eletrônicas selecionadas foram: a MEDLINE, a Cochrane Database of Systematic Reviews, a CINAHL Plus, Education Research Complete, MedicLatina with Full Text e a Nursing Reference Center através da EBSCOhost; a Scielo e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Foram ainda consultadas as referências bibliográficas dos resultados de pesquisa obtidos, o Google Books e o catálogo da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Assim sendo, na totalidade foram identificados 741 artigos: 621 obtidos em bases de dados a partir da EBSCOhost Web e 120 artigos na base de dados eletrônica Scielo, pelo método integral de pesquisa em Portugal e no Brasil. No que respeita à base de dados Scielo, após leitura dos títulos, foram selecionados 11 artigos para leitura dos respetivos resumos e destes foram selecionados seis artigos para leitura do texto na íntegra, tendo sido selecionado um artigo.

Dos artigos obtidos a partir das bases da EBSCOhost Web: 297 estavam indexados na MEDLINE, 338 na CINAHL Plus, 74 na Education Research Complete e oito na MedicLatina. Após leitura dos títulos foram selecionados 10 artigos para leitura dos respetivos resumos, e destes foram

selecionados seis artigos para leitura do texto na íntegra, tendo sido filtrados três artigos, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos. Assim sendo, a nossa amostra final é constituída por quatro artigos.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

No que diz respeito aos quatro artigos filtrados, tendo como objetivo a análise final e extração dos dados, elaboramos um quadro resumo da evidência recolhida, com referência ao: título, autor, ano de publicação e país; desenho; participantes; intervenções: local e características; medidas de avaliação; e resultados encontrados (Quadro 2). No mesmo quadro, a numeração atribuída aos estudos diz respeito a uma ordenação crescente da data de publicação dos mesmos. Para além disso, recorreu-se à escala de Guytta e Rennie (2002), de forma a caracterizar os estudos segundo o grau de evidência.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No domínio da saúde ambiental, encontramos diversas áreas de intervenção: prevenção e controlo da dengue e da malária, capacitação e participação da comunidade nos programas ambientais e prevenção da exposição ao fumo de tabaco ambiental, todas em benefício da saúde das comunidades.

Embora as revisões realizadas pelo método Handbook Cochrane avaliem a efetividade das intervenções, apenas para ensaios clínicos controlados, na sua maioria randomizados, nesta revisão incluímos para além da avaliação de três estudos experimentais a avaliação de um estudo qualitativo, o que pode constituir uma limitação da mesma.

Outra limitação deste estudo diz respeito ao facto de acedermos apenas a artigos de acesso livre. O enfoque desta discussão são os resultados, tendo em ponderação as limitações ou viéses, as implicações/conclusões e o nível de evidência dos diferentes estudos analisados, por forma a responder à questão inicial.

Os quatro estudos evidenciam que o empowerment comunitário como estratégia de intervenção, contribui positivamente na capacitação e participação da comunidade nas intervenções relacionadas à saúde ambiental. Três dos estudos, têm nível de evidência II e um estudo apresenta nível de evidência V (Quadro 2). Em termos de implicações práticas, os resultados obtidos, considerando o contexto em que a intervenção é implementada, fornecem um contributo fundamental à enfermagem comunitária com reconhecidas competências na saúde ambiental.

No processo ambiente e saúde o empowerment comunitário como estratégia de intervenção revela-se benéfica à promoção da saúde ambiental, contribuindo para uma visão mais ampla ou invés da visão reducionista do modelo biomédico, não no sentido de transferência de responsabilidades, mas no aumento da capacitação e participação da comunidade nos processos de tomada de decisão e no fortalecimento da mútua relação entre as diferentes instâncias sociais e a comunidade.

## CONCLUSÃO

Após a revisão sistemática da literatura é consensual que o empowerment comunitário consiste num processo social, participativo, de autonomia, de reconhecimento, de

promoção à saúde ambiental e capacitação das comunidades nas tomadas de decisões informadas, inerentes ao processo saúde/ambiente.

Perante estas evidências, o enfermeiro especialista em saúde pública e comunitária pode engradecer pelas suas competências a saúde ambiental da comunidade através da implementação desta estratégia na prática clínica, em articulação com outros sectores da sociedade, que pelas competências e atribuições, interagem com este processo.

Estudo	Título	Autor, Ano e País	Metodologia	Participantes	Intervenções	Resultados	Evidência
1	Intersectoral coordination, community empowerment and dengue prevention: six years of controlled interventions in Playa Municipality, Havana, Cuba	Sanchez L. et al (2009) Cuba	Estudo Experimental de base comunitária. Follow-up: 6 anos	Famílias residentes nos três dos nove Concelhos Populares (CP) do Município de Playa: CP4 (área de intervenção, com níveis elevados de infestação por <i>Aedes aegypti</i> ); CP5 (área de controlo) e CP6 (área de extensão) População: CP4 – 27030 (9629 famílias); CP5 – 14219 (6925 famílias); CP6 – 16096 (6893 famílias).	CP4 -estratégias de intervenção (2): a 1ª intervenção (2000), centrou-se no reforço da coordenação intersectorial e a 2ª intervenção (2003), centralizou-se na coordenação intersectorial e no empowerment comunitário. CP6-em 2002 uma intervenção, centrada na coordenação. Intersectorial	As estratégias implementadas durante o surto de dengue e mantidas ao longo de 6 anos de follow-up, contribuíram para o aumento significativo dos níveis e qualidade de participação da comunidade.	Nível II
2	Participação Comunitária em um Programa de Intervenção em Área de Proteção Ambiental	Setti A. e Bógus C. (2010) Brasil	Estudo qualitativo Realizado entre 2005-2007	Moradores de 2 bairros dos 51 bairros envolvidos no Programa Bairro Ecológico (PBE) do município de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo. (N=24)	Atividades desenvolvidas no âmbito do PBE, para avaliação dos processos de participação e empowerment da comunidade, relacionadas com o ambiente/saúde	O PBE favoreceu o empowerment individual e grupal das comunidades, tomando-as mais organizadas e participativas nas tomadas de decisão e na realização de atividades de educação ambiental.	Nível V
3	Testing an Empowerment Intervention to Help Parents make Homes Smoke-free: A	Rosemary J. et al (2011) Canada	Estudo Experimental Follow-up: 6 meses	Pais (56 mães e 4 pais) fumadores, ex-fumadores e não fumadores, de diferentes famílias (N=60)	Grupo Experimental (N=30): folheto sobre o fumo de tabaco ambiental, 1 sessão de grupo semanal durante 3 semanas consecutivas e 1	Os scores médios de empowerment aumentaram significativamente em ambos os grupos (predomínio no grupo	Nível II

	Randomized Controlled Trial				chamada telefónica semanal de curta duração em 3 semanas adicionais. O empowerment comunitário baseado na teoria educacional de Freire, foi incorporado nas estratégias anteriores. Grupo controle (N=30);Entrega do folheto.	experimental). O número de cigarros fumados por dia pelos pais em casa, diminuiu significativamente durante o período de follow-up.	
4	The effect of household heads training about the use of treated bed nets on the burden of malaria and anaemia in under-five children: a cluster randomized trial in Ethiopia	Deribe K. et al (2012) Ethiopia	Estudo Experimental Follow-up: 12 meses	Aldeias do Sudoeste da Etiópia num total de 4135 chefes de família:11 aldeias com 2105 chefes de famílias no grupo de intervenção e 11 aldeias com 2030 chefes de família no grupo de controlo). População total:21673, resultando para estudo 2410 crianças, com idade inferior a 5 anos.  (N=22)	Grupo experimental (N=11): formação adaptada a chefes de família acerca do uso do LLITN e do estabelecimento de sistemas de rede comunitária, nove chefes de família inicialmente treinados num contexto real foram responsáveis pela formação dos restantes residentes e da criação de sistemas de redes comunitárias para monitorizar e sustentabilidade do adequado uso do LLITN.Grupo controle (n11) distribuição do LLNIT	O estudo revelou que a formação dos chefes de família para o uso dos mosquiteiros teve um grande impacto na redução da malária principalmente nas estações de transmissão.	Nível II

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANAUT, Marie – A Resiliência: Ultrapassar os Traumatismos. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES. 2005.
- BECKER, Daniel [et al] – Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde [Em Linha]. Brasil: Ciência & Saúde Coletiva, 2004 [Consult. 10 de Março de 2012]. Disponível em WWW:<URL: [http:// www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf)>.
- BONITA, R. ; BEAGLEHOLE, R. ; KJELLSTROM, T. – Epidemiologia Básica. 2ªed. São Paulo, Santos. 2010.
- CARVALHO, Sérgio Resende - Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde [Em linha].2004 [Consult. 26 Abril. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>>.
- DERIBEW, Amare [et al] – The effect of household Heads training about the use of treated bed nets on the burden of malaria and anaemia in under-five children: a cluster randomized trial in Ethiopia [Em Linha]. Malária: Malaria Journal, 2012. [Consult. 10 de Março 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a4dc8a1d-16f7-4c90-8e04-d3507a95ec0b%40sessionmgr14&vid=5&hid=15>>.
- GUYATT, G. ; RENNIE, D.- Users’ Guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical Practice. St. Louis: American Medical Association, 2002.
- HIGGINS, Julian ; GREEN, Sally - Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. [Em linha].2011 [Consult. 18 Abril. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.cochrane-handbook.org/>>.
- HERBERT, Rosemary – Testing an Empowerment Intervention to Help Parents Make Homes Smoke-free: A Randomized Controlled Trial [Em linha].2010 [Consult. 10 de Março. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c638cde5-c72e-41ea-b9af-4558150422a1%40sessionmgr13&vid=5&hid=9>>.
- LAVERACK, Glenn – Promoção da Saúde: Poder e Empoderamento. Loures: Lusodidacta, 2008.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [Em linha]. 2010 [Consult. 20 Abril. 2012]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOEntoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOEntoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE - Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease [Em linha].2006 [Consult. 26 Abril. 2012]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/preventingdisease/en/](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease/en/)>.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 45/DFI. 2006. Curso sobre «Contributos para o Programa Nacional de Saúde Ambiental». [Em Linha]. [Consult. 18 de Abril de 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008304.pdf>>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa [Em Linha] 2012 [Consult. 18 de Abril de 2012]. Disponível em WWW: <URL: [http:// www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/pns-discussao/](http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/pns-discussao/)>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.
- QUEIROZ, Silvia [et al.] - Percursos para a Promoção da Saúde Bucal: a capacitação de líderes na Pastoral da Criança da Igreja Católica no Brasil. [Em linha].2010 [Consult. 18 Abril. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1310.pdf>>.
- SANCHEZ, Lizet [et al] – Intersectoral coordination, community empowerment and dengue prevention: six years of controlled interventions in Playa Municipality, Havana, Cuba [Em Linha]. Cuba: Tropical Medicine and International Health, 2009 [Consult. 10 de Março de 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ae6b502f-07c4-4b73-b917-d1930e87174d%40sessionmgr115&id=6&hid=108>>.
- SETTI, Andréia F. ; BÓGUS, Cláudia M. – Participação Comunitária em um Programa de Intervenção em área de Proteção Ambiental. [Em linha]. 2010 [Consult. 18 Abril. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/20.pdf>>.
- STANHOPE, Marcia ; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. Loures: Lusodidacta, 1999.
- ZIMMERMAN, Marc – Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. In Handbook of Community Psychology. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000. Cap 2.

# DESERTIFICAÇÃO: O PAPEL DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



## ANA FILOMENA SILVA DE FREITAS

*Enfermeira; Mestrado em Enfermagem Comunitária; Pós-graduada em Enfermagem Avançada; Pós-graduada em Cuidados Continuados Integrados; Enfermeira; Mestrado em Enfermagem Comunitária; Pós-graduada em Enfermagem Avançada; Pós-graduada em Cuidados Continuados Integrados*

## RESUMO

Neste artigo apresentamos uma análise reflexiva sobre a desertificação, face à sua problemática, determinantes sociais de saúde e impacto na saúde das populações, relacionando com o papel do enfermeiro comunitário, na obtenção ganhos em saúde, através das suas intervenções. Os cuidados de saúde primários, associados a melhores condições sociais e ambientais resultantes de políticas sociais e de saúde pública e comunitária, constituem-se um fator determinante para se alcançar qualidade, efetividade e equidade nos serviços de saúde, reduzindo assim as desigualdades, o que se traduz no combate à pobreza, vulnerabilidade das populações e gestão ambiental.

**Palavras-Chave:** Desertificação, Enfermagem Comunitária

## LÚCIA ALEXANDRA CARDOSO

*Enfermeira do Cento Hospital do Porto- Hospital de Santo António – Serviço de Urgência; Pós-graduada em Enfermagem Avançada; Especialista em Enfermagem Comunitária*

## ABSTRACT

*In this article we present a reflective analysis on desertification, given its problematic social determinants of health and impact on public health. Relating to the role of the community nurse in obtaining health gains, through its interventions. The primary health care, associated with better social and environmental conditions resulting from social policy and public health and community, constitute a key factor for achieving quality, effectiveness and equity in health services, reducing inequalities, which translates into the combat of poverty, vulnerability of populations and environmental management.*

**Keywords:** Desertification, Community Nursing

## INTRODUÇÃO

A desertificação é um processo global com várias incidências locais estando todos envolvidos no processo, de forma passiva ou ativa. A consequência com maior dimensão da desertificação observada em território português é o despovoamento (Sequeira, 1999).

Esta reflexão tem por objetivo compreender o contributo do enfermeiro comunitário na mitigação do processo de desertificação, face à sua problemática, determinantes sociais de saúde e impacto na saúde das populações. Inicialmente é realizada uma abordagem teórica sobre a desertificação, de seguida aborda-se os determinantes de saúde e o impacto que a desertificação tem sobre a saúde das populações e por último o contributo do enfermeiro comunitário face à desertificação.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas eletrónicas e na biblioteca da escola superior de enfermagem do porto.

A desertificação é uma questão atual, com um grande impacto a nível mundial e com repercussões diretas na saúde das populações, sociedade, economia e ambiente.

## DESERTIFICAÇÃO

O conceito de desertificação pode ser definido, de acordo com a Convenção das Nações Unidas de Combate à Desertificação (CNUCD, 1994), como a degradação da terra, nas zonas áridas, semiáridas e sub-húmidas, em resultado da influência de vários fatores, incluindo as variações climáticas e as atividades humanas.

Segundo Rodrigues e Viana (2011), a desertificação é explicada por vários autores:

- “É a ação predatória do homem sobre os ecossistemas a curto e médio prazo.” (Reis, 1988).

- “Fenómeno integrador de processos económicos, sociais, naturais e/ou induzidos, que destroem o equilíbrio do solo, da vegetação e da água, bem como, a qualidade da vida humana, nas áreas sujeitas a uma natureza edáfica e/ou climática.” (Ferreira, 1994).

- “A desertificação é a degradação do solo em áreas áridas, semiáridas e sub-húmidas secas, resultante de diversos fatores, inclusive de variações climáticas e, principalmente, de atividades humanas.” (ONU, 1992)

- “A desertificação tem sua origem nas complexas interações de fatores físicos, biológicos, políticos, sociais, culturais e económicos.” (ONU, 1994).

Refletindo sobre estas definições, percebe-se que há um ponto comum a todas elas: a desertificação é um problema mundial causado, principalmente, pela ação degradadora do homem sobre o meio ambiente.

As Nações Unidas, em 17 de Junho de 1994 lançaram A Convenção das Nações Unidas de Combate à Desertificação (UNCCD), com o objetivo de combater a desertificação em todo o mundo, especialmente em África, com a implementação de programas que demandam a cooperação de todos.

Os desertos arenosos, originam-se a partir do empobrecimento do solo e consequente morte da vegetação. No caso dos desertos polares, a causa evidente é a temperatura extremamente baixa daquelas regiões. Nas

regiões semiáridas e semiúmidas secas, a ação humana intensifica os processos de desertificação (Carvalho, 2010).

A ameaça de desertificação, não só está, claramente associada às alterações climáticas, fenómeno biofísico, mas também à regressão demográfica e aos usos do solo, atividade humana. Estes vários fatores interagem e agravam-se mutuamente nas suas consequências (Ibidem, 2010).

Enquanto futuras enfermeiras comunitárias, é importante operacionalizar conceitos e conhecer o processo de desertificação, para que as intervenções de enfermagem se ajustem a situações reais ou potenciais.

## DESERTIFICAÇÃO NO MUNDO E EM PORTUGAL

A nível mundial, a desertificação atinge três vírgula seis bilhões de hectares, o que representa vinte e cinco por cento da área terrestre do planeta. Como consequência afeta a subsistência de mais de um bilhão de pessoas, por isso é considerado um problema global. Cento e dez países estão em risco de desertificação e por ano são perdidos doze milhões de hectares de terra que poderiam representar a produção de vinte milhões de toneladas de grão, o que leva a uma diminuição da produção alimentar e consequentemente escassez de produtos originando fome, de acordo com a Década das Nações Unidas para os Desertos e a Luta Contra a Desertificação (UNDDD, 2010) lançada pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Cerca de quarenta por cento da população mundial, ou seja dois vírgula um bilhões de pessoas habitam zonas desertificadas e desses, noventa milhões moram em países

em desenvolvimento e setenta e quatro milhões da produção de cultivo é feita em zonas áridas e em terras secas, em vias de serem zonas desertificadas (Ibidem, 2010).

A Década para os Desertos e a Luta contra a Desertificação (2010-2020) foi lançada pela ONU em 16 de Agosto de 2010, perante estes dados, que evidenciam perigos ambientais e económicos, e, para que se continuem a construir ações para travar o desenvolvimento da desertificação e consequentemente reverter estes dados.

Apesar da desertificação ocorrer em apenas algumas regiões do mundo, os seus efeitos não só são sentidos a nível local mas também a nível global. Para se conseguir abordar a complexidade do problema todos os países devem trabalhar mutuamente e continuamente no sentido de implementar estratégias coordenadas, que devem ser direcionadas para a prevenção das consequências da desertificação, através da elaboração e aplicação de programas de ação (UNDDD, 2010).

Para que o combate à desertificação seja efetivo e organizado a UNCCD (1994) define cinco anexos de implementação regional: anexo I para África, Anexo II para Ásia, anexo III para América latina e a Caraíbas, Anexo IV para norte do mediterrâneo, anexo V para Europa central e do leste. Cada anexo fornece orientações acerca das particularidades de cada região, de forma a facilitar a elaboração de programas de ação de cada região e como tal a implementação da Convenção.

Portugal, está incluído no anexo IV norte mediterrâneo da UNCCD, neste documento são identificados as causas responsáveis pela desertificação nesta região, designadamente solos frágeis, o relevo acidentado, as

condições climáticas e sub-húmidas secas e semiáridas, grandes perdas de floresta, exploração não sustentada dos recursos hídricos, diminuição acentuada dos métodos de agricultura tradicionais, e concentração das atividades económicas no litoral (Ibidem, 1994).

A UNCCD pretende com este reconhecimento, que os países pertencentes a esta região, elaborem programas de ação nacionais, de forma contínua e participada, para um desenvolvimento sustentável. Para isso, o conselho de ministros aprovou o Programa de Acção Nacional de Combate a Desertificação (PANCD) pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 69/99, de 17 de Junho. Este programa tem como centralidade o homem, e aponta para a tomada de atitudes e ações ativas de combate à deterioração dos recursos e no emprego de normas de prevenção conduzidos para cinco grandes objetivos estratégicos: Conservação do solo e da água; Fixação da população ativa nos meios rurais; Recuperação das áreas afetadas; Sensibilização da população para a problemática da desertificação; Consideração da luta contra a desertificação nas políticas gerais e sectoriais. Estes objetivos estratégicos vão de encontro às causas da desertificação, definidas pela UNCCD para a região norte do mediterrâneo.

O PANCD conta com a colaboração de vários programas de cooperação inter regional como o Desertification Information System for the Mediterranean (DISMED), que foi responsável pela elaboração da Carta da Susceptibilidade à Desertificação para Portugal Continental. Criou um sistema de informação operacional de apoio às necessidades dos programas de ação nacional

e regional para o combate à desertificação no mediterrâneo, permitindo a troca de informação e o estabelecimento de bases e processos comuns para monitorização e avaliação das tendências da desertificação. A carta de suscetibilidade à desertificação foi desenvolvida a partir de quatro índices, juntou-se o Índice de Aridez com Índice de Qualidade dos Solos, posteriormente associou-se o Índice de Qualidade da Vegetação e, por fim o Uso do Solo. Além destes índices foram também englobados os indicadores sociais e económicos, que espelham relações de causa ou efeito com as questões biofísicas da desertificação (Direcção Geral do Ordenamento do Território (DGOT), 2006).

Ao analisar a carta de suscetibilidade à desertificação de Portugal Continental verifica-se que vinte e oito por cento são áreas muito suscetíveis de desertificação, oito por cento corresponde a áreas suscetíveis e sessenta e quatro por cento são áreas não suscetíveis de desertificação. As principais regiões suscetíveis de desertificação são as zonas do Alentejo principalmente na bacia do Guadiana, o litoral algarvio, Trás-os-Montes no vale do douro e a Beira baixa (Ibidem, 2006).

#### PROBLEMATIZAÇÃO DA DESERTIFICAÇÃO

A desertificação é um processo complexo, no qual muitas vezes as causas se confundem com as consequências, e em que intervêm não apenas os agentes mais próximos, mas muitos outros não diretamente envolvidos e muitas vezes não identificáveis.

A falta de perspectivas leva a população a migrar para os centros urbanos, procurando condições mais favoráveis de sobrevivência,

estes migrantes tendem a agravar os problemas de infra-estruturas (transporte, saneamento, abastecimento, entre outros) já existentes nos centros urbanos. Há também um aumento nos níveis de desemprego e violência urbana. A desertificação agrava o desequilíbrio regional. Nas regiões mais pobres do planeta, existe uma grande lacuna a ser preenchida quanto ao desenvolvimento económico e social entre as áreas suscetíveis ou em processo de desertificação e as áreas mais desenvolvidas. Outro obstáculo a superar é a ação política tradicional, baseada na exploração das populações mais fragilizadas (Roxo, et al., 2004).

Como já referido no capítulo anterior, as principais regiões suscetíveis à desertificação são as zonas do Alentejo principalmente na bacia do Guadiana e o litoral algarvio (principalmente por causas ambientais) e Trás-os-Montes no vale do douro e a beira baixa (principalmente por causas humanas), locais onde já se fazem sentir os problemas supracitados (Ibidem, 2004).

A problemática da desertificação acarreta consequências sociais, económicas, institucionais e ambientais, as quais realçamos em seguida:

**Sociais:** o abandono das terras por parte das populações mais pobres, a diminuição da qualidade de vida e aumento da mortalidade infantil, a diminuição da expectativa de vida da população e a desestruturação das famílias como unidades produtivas. Acrescenta-se, também, o crescimento da pobreza urbana devido às migrações, a desorganização das cidades, o aumento da poluição e problemas ambientais urbanos.

**Económicas e Institucionais:** destacam-se a queda na produtividade e produção

agrícolas, a diminuição da renda do consumo das populações, dificuldade em manter uma oferta de produtos agrícolas de maneira constante (redução da oferta de alimentos), de modo a atender os mercados. Há uma perda da capacidade produtiva do estado, sobretudo no meio rural, que se repercute diretamente na arrecadação de impostos e na circulação da renda e, por outro lado, criam-se novas demandas sociais que extrapolam a capacidade do estado em atendê-las.

**Ambientais:** resulta na perda de biodiversidade (flora e fauna), na perda de solos por erosão, na diminuição da disponibilidade de recursos hídricos pela utilização intensiva e insustentável desses recursos por procedimentos intensivos e não adaptados às condições ambientais, consequência tanto de fatores climáticos adversos como do mau uso (salinização dos solos por irrigação) e da perda da capacidade produtiva dos solos (Ibidem, 2004).

A desertificação constitui assim uma realidade que depende de fatores naturais (secas e variações climáticas) e humanos (atividade nefasta do homem sobre o ambiente). Importa clarificar que não se deve confundir desertificação com despovoamento. A confusão existente tem consequências graves e difíceis de solucionar, criando-se desta forma uma dificuldade real na implementação de medidas e ações concretas de mitigação e combate à desertificação. O despovoamento pode ser uma consequência da desertificação, mas que existem muitas regiões do País, sobretudo no interior, que se encontram despovoadas por outras razões que não se prendem com uma degradação acentuada dos recursos naturais. Ambas as situações necessitam da implementação de

estratégias de desenvolvimento adequadas às especificidades geográficas de cada área, que proporcionem a melhoria da qualidade de vida das populações e a salvaguarda dos recursos naturais (Roxo et al., 2004).

Todos estes fatores, incluindo os sociais, económicos, institucionais e ambientais, acarretam importantes consequências sobre a saúde dos indivíduos, grupos e comunidade, pelo que a seguir abordamos o impacto que a desertificação tem sobre a saúde e os determinantes sociais de saúde que daí emergem, como foco de atenção do enfermeiro comunitário.

#### DETERMINANTES DE SAÚDE E IMPACTO DA DESERTIFICAÇÃO NA SAÚDE DAS POPULAÇÕES

Para avaliar o impacto da problemática desertificação na saúde das populações, é de fulcral importância, ter por base do conhecimento, alguns conceitos: saúde, determinantes de saúde e avaliação do impacto em saúde.

Apesar da própria compreensão de saúde ter alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento do referencial e dos valores que atribuem a uma situação, saúde é: "A medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo." (OMS, 1986 citado por Mendes, 2008).

Assumindo o conceito da OMS, nenhum ser humano (ou população) será totalmente saudável ou totalmente doente. Ao longo da sua existência, viverá condições de saúde/doença, de acordo com suas potencialidades, suas condições de vida e sua interação com elas.

Os principais determinantes da saúde incluem: o ambiente social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais da pessoa.

Da realização trabalho sobressai e de acordo com a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde (CDSS, 2005) o ambiente como o maior determinante de saúde, que faz emergir determinantes sociais, referida a problematização da desertificação, o que realça a pertinência deste trabalho e a necessidade de intervenções de enfermagem, enquanto enfermeiros comunitários.

Os determinantes sociais em saúde são as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como o sistema de saúde e a forma como lidam com a doença. Essas circunstâncias são, por sua vez moldadas por um conjunto mais amplo de forças: ambientais, económicas, culturais, sociais e de política (CDSS, 2005).

Em geral, o contexto em que um indivíduo vive é de grande importância na sua qualidade de vida e no seu estado de saúde. De acordo com a Assembleia Nacional do País de Gales, citado pela organização Pan Americana Brasileira da Saúde (OPAS, 2011), a avaliação de impacto na saúde pode ser definida como qualquer combinação de procedimentos ou métodos através dos quais se possibilita julgar os efeitos que uma política ou um programa poderiam ter na

saúde da população.

O principal objetivo da Avaliação de Impacto na Saúde é garantir que o impacto na saúde seja considerado como parte do processo de tomada de decisão para implementação e continuidade de políticas, programas e projetos. A avaliação de impacto na Saúde é uma metodologia bastante nova, basicamente da última década. Originária da Avaliação de Impacto Ambiental de onde a saúde era um dos componentes e com a Avaliação de Impacto na Saúde, a saúde torna-se o ponto central. Ao estimar os efeitos que os projetos, programas e políticas apresentam na saúde das populações, pode-se maximizar os efeitos positivos e evitar os negativos.

Neste contexto, faz todo o sentido avaliar o impacto na saúde provocado pela desertificação. Supõe-se geralmente que a evidência para os impactos na saúde existe, e que a procura e recolha irá fornecer as provas necessárias. Infelizmente não é frequentemente o caso, e as evidências dos impactos na saúde muitas vezes não estão disponíveis (OMS, 2011).

No entanto com este trabalho reunimos esforços no sentido de procurar essa evidência e demonstrar que a desertificação tem impacto na saúde e que a enfermagem comunitária tem um importante contributo a dar, contribuindo para obter ganhos em saúde, através de intervenções que respondam às necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades e que cumpram os objetivos do PANCD, através da elaboração, implementação e avaliação de planos e projetos locais.

Entre as repercussões na saúde causadas pela desertificação, citam-se as seguintes de

acordo com a OMS (2008): crescente ameaça de fome e má nutrição como consequência da reduzida qualidade e deficitário abastecimento de água e alimentos; aumento do número de doenças transmitidas pela água e alimentos como consequência da falta de higiene e água potável; aumento das doenças respiratórias causadas pelas poeiras atmosféricas consequência da erosão do vento e outros poluentes do ar e aumento das doenças infecciosas consequência da migração das populações.

Após os conceitos supracitados e tendo conhecimento das causas e consequências da desertificação, anteriormente mencionadas: sociais, económicas institucionais e ambientais, facilmente identificam-se alguns dos determinantes sociais de saúde envolvidos em todo o processo de desertificação, a considerar: pobreza, vulnerabilidade social e desigualdade social. Sendo assim a desertificação tem um impacto adverso na saúde das populações, na medida em que faz emergir determinantes de saúde que interferem diretamente na redução da qualidade de vida das populações, o que gera prejuízos socioeconómicos enormes.

#### POBREZA, VULNERABILIDADE E DESIGUALDADES SOCIAIS

É necessária uma intervenção antecipada sobre as causas da desertificação e identificar os principais determinantes de saúde, fazendo corresponder intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, minimização e controlo da doença e reabilitação adequada, para garantir um desenvolvimento sustentável.

Segundo Crespo et al., (2002), Por meio de uma resenha simplificada das principais abordagens e conceções da pobreza,

complementadas pelos trabalhos de dois expoentes mundiais, Amartya Sen e Deepa Narayan, a pobreza é: “um fenómeno multidimensional em que há a falta do que é necessário para o bem-estar material. Associa-se a esse conceito a falta de voz, poder e independência dos pobres que os sujeita à exploração; à propensão à doença; à falta de infra-estrutura básica, à falta de ativos físicos, humanos, sociais e ambientais e à maior vulnerabilidade e exposição ao risco”.

Por outras palavras, a pobreza é a falta de recursos múltiplos que leva à fome e à privação física cuja causas e consequências, convergem para tornar a pobreza um fenómeno multidimensional inter-relacionado.

A pobreza é uma causa é consequência entre outros fatores da desertificação, assim como a desertificação entre outros fatores é causa e consequência da pobreza, criando-se um ciclo de pobreza e desertificação. A pobreza retratada pelo fator vulnerabilidade social é definida como preocupante, pelas desigualdades sociais que pode gerar.

As consequências da vulnerabilidade podem ser negativas, tais como um nível de saúde mais baixo, stress crónico e falta de esperança, ou podem ser positivas através de intervenções de enfermagem comunitária culturalmente adequadas e centradas na população com vista a melhorar o seu estado de saúde e capacitá-la para a promoção da sua própria saúde (Stanhope & Lancaster, 1999).

Por sua vez, os determinantes sociais da saúde como a pobreza são os principais responsáveis pelas desigualdades sociais/ iniquidades – diferenças injustas e evitáveis

no status de saúde entre e em cada país (CDSS, 2005).

É preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersectorial do poder público e a mobilização da população a todos os níveis: ambiental, social, económico e político.

### O CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NO COMBATE À DESERTIFICAÇÃO

É necessário pensar globalmente e agir localmente. A desertificação é um processo global com graves incidências locais, que diz respeito a todos, que pode ser controlado, evitado e até mesmo revertido. Uns porque são agentes (ativos ou passivos) do seu agravamento; outros porque, direta ou indiretamente, lhe sofrem as consequências. Dado que a desertificação é um fenómeno fortemente influenciado pelo homem, é então ao homem que compete tomar medidas para que, principalmente nas regiões de risco, se evitem todos os processos que facilitem a desertificação.

O combate à desertificação requer uma abordagem multidisciplinar e articulada: política, económica, social, ambiental e comportamental, na medida em que o desenvolvimento sustentável do nosso planeta é um objetivo que se sobrepõe a todas as áreas do conhecimento, e por isso, o enfermeiro comunitário tem um papel importante, pois como já referido no capítulo cinco deste trabalho, a desertificação tem um impacto adverso sobre a saúde da população, o que foca a nossa atenção e nos impulsiona no sentido de compreender a temática e intervir de forma a mitigar esta

problemática.

È necessário ter presente não só os cinco grandes objetivos estratégicos do PANCD, mencionados no segundo capítulo deste trabalho, mas também os indicadores e metas, ações e recomendações, os objetivos para o sistema de saúde, entre outros, como parte integrante das Estratégias para a Saúde do Plano Nacional de Saúde (PNS), 2011-2016, o qual ainda se encontra em discussão. Tudo isto permitirá adequar as intervenções de enfermagem de forma a operacionalizar o mesmo plano. O PNS contempla 4 eixos estratégicos: cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade em saúde e políticas saudáveis. Quanto aos objetivos estes são: obter ganhos em saúde, promover um contexto favorável à saúde, ao longo do ciclo da vida, reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença e favorecer a participação de Portugal na saúde global (PNS, 2011-2016).

Perante as circunstâncias e refletindo sobre o interface, papel do enfermeiro e a problematização da desertificação e o seu impacto na saúde, e, tendo por base a classificação internacional para o processo de enfermagem (CIPE versão 2, 2011), salientamos entre muitos os seguintes focos de atenção: abastecimento, abastecimento de água abastecimento de alimentos, acesso, adaptação, alerta, aprendizagem de capacidades, ar, atitude, autonomia, caçar, catástrofe natural, clima, coesão social, comportamento de procura de saúde, construção precária, coping comunitário positivo, cultivar, densidade populacional, desenvolvimento agrícola, desenvolvimento comunitário, desenvolvimento industrial, desenvolvimento recreativo, residencial,

direitos do cliente, direitos humanos, entidade ambiental, estrutura psicossocial, falta de esperança, gestão comunitária, liderança comunitária, literacia, nível de pobreza, papel comunitário, papel de apoio social, papel de prevenção, participação comunitária, pescar, planeamento familiar, política de saúde, poluição, processo ambiental, processo ambiental comprometido, rendimento familiar, resistência, saúde, saúde comunitária, saúde ocupacional, stress por mudança de ambiente, suscetibilidade, taxa de migração, entre muitos outros.

Segundo Stanhope & Lancaster (1999), o enfermeiro tem o seguinte papel: Identificar as exposições e as condições ambientais, efetuando avaliações da exposição e registar; Compreender a relação entre doença/lesão e a poluição ambiental habitualmente encontrada no ar, solo e água contaminada, sendo que no nosso trabalho essa compreensão de relaciona com o processo de desertificação. Informar os serviços de saúde pública ou outras entidades dos perigos conhecidos suspeitos; Investir nas atividades preventivas e protetoras que limitam ou impeçam a exposição; Informar acerca dos riscos para a saúde, nomeadamente da problemática desertificação. Ser sensível às implicações éticas, sociais e legais das intervenções apropriadas nas doenças ambientais. Acrescentamos determinantes sociais e questões ambientais (consciência ecológica).

Enquanto profissionais de saúde, como promotores de saúde a nossa esfera de atuação vai mais além do aqui e do agora, é necessário adotarmos a postura de ativistas sociais e prever riscos sensibilizando a população e atuar nas causas de forma a

mitigar o problema de quem já sofre com as causas da desertificação. A teoria deve ser colocada em ação, sair do papel para o terreno, até porque o uso irracional do papel sem resultados positivos é uma ameaça ao ambiente e o que ameaça o ambiente ameaça a vida humana. Os cuidados de saúde primários, associados a melhores condições sociais e ambientais resultantes de políticas sociais e de saúde pública e comunitária, constituem-se por tudo o que foi referido, como um fator determinante para se alcançar qualidade, efetividade e equidade nos serviços de saúde, reduzindo assim as desigualdades, o que se traduz no combate à pobreza, vulnerabilidade e gestão ambiental por parte do enfermeiro comunitário.

## CONCLUSÃO

A ameaça de desertificação, não só está, claramente associada às alterações climáticas (fenómeno biofísico) mas também à regressão demográfica e aos usos do solo (atividade humana). Estes vários fatores interagem e agravam-se mutuamente nas suas consequências.

A realização desta reflexão implicou a reunião de esforços no sentido de procurar evidência e demonstrar que a desertificação tem impacto na saúde e que a enfermagem comunitária tem um importante contributo a dar, contribuindo para obter ganhos em saúde, através de intervenções que respondam às necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades, sendo numerosos os focos de atenção de enfermagem.

Os cuidados de saúde primários, associados a melhores condições sociais e ambientais resultantes de políticas sociais e de saúde pública e comunitária, constituem-se

um fator determinante para se alcançar qualidade, efetividade e equidade nos serviços de saúde, reduzindo assim as desigualdades, o que se traduz no combate à pobreza, vulnerabilidade das populações e gestão ambiental, por parte do enfermeiro comunitário, cujo contributo no combate a desertificação, é inquestionável.

A desertificação é um processo global com graves incidências locais, que diz respeito a todos, que pode ser controlado, evitado e até mesmo revertido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONVENÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DE COMBATE À DESERTIFICAÇÃO (UNCCD). 1994. [Em Linha]. [Consult.10 Out. 2011]. Disponível em WWW:< URL [http://www.dgotdu.pt/filedownload.aspx?schema=ec7b8803-b0f2-4404-b003-8fb407da00ca&channel=C4193EB3-3FA7-4C98-B8CA\\_D6B9F5602448&content\\_id=BF316AB5-73D1-45C2-98A5-A3681D541AB1&field=file\\_src&lang=pt&ver=1](http://www.dgotdu.pt/filedownload.aspx?schema=ec7b8803-b0f2-4404-b003-8fb407da00ca&channel=C4193EB3-3FA7-4C98-B8CA_D6B9F5602448&content_id=BF316AB5-73D1-45C2-98A5-A3681D541AB1&field=file_src&lang=pt&ver=1)>.

CARVALHO, P. – Desertificação e Meio Ambiente. [Em Linha]. (2010). [Consult.10 Nov.2011] Disponível em WWW: <URL [http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/IIseminario/pdf\\_reflexoes/reflexoes\\_20.pdf](http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/IIseminario/pdf_reflexoes/reflexoes_20.pdf)>.

CRESPO, A.A. – A Pobreza como um fenómeno multidimensional. RAE electrónica. [Em linha]. Vol.1, Número 2 (2002). [Consult. 10 Nov. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a03.pdf>>.

DECRETO LEI n.º 69/99. D.R. I Série. Nº 158 (99-07-09), p. 4300-4305. Programa de Acção Nacional de Combate à Desertificação. Lisboa: PANCD, 1999.

DESERTIFICAÇÃO. [Em Linha]. [Consult.28 Out.2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/meio->

ambiente. desertificacao/desertificacao-2.php>.

FREITAS, C. M. - Problemas Ambientais, saúde colectiva e ciências sociais. *Ciência & Saúde Colectiva* [Em linha]. Vol.8 (1): 137-150 (2003). [Consult. 10 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v8n1/a11v08n1.pdf>>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem CIPE: versão 2.0. Geneva: ICN, 2010 – ISBN: 978-92-95094-35-2.

LOPES, M. S .V. – Enfermagem e saúde ambiental: possibilidades de atuação para a promoção da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. [Em linha]. Vol.64 (1): 72-7 (2011). [Consult. 10 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a11.pdf>>.

MENDES, Rosa M. – História dos conceitos de saúde e de doença. *Nursing*. [Em Linha]. nº 231 (Abr. 2008). [Consult. 28 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3298:historia-dos-conceitos-de-saude-e-de-doenca-&catid=176](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3298:historia-dos-conceitos-de-saude-e-de-doenca-&catid=176)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Comissão sobre Determinantes sociais de Saúde CDSS, 2005 – 2008. OMS, 2011. [Consult. 28 Out. 2011]. Disponível em WWW:URL<: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Mudança climática e saúde humana: riscos e respostas: Sumário revisado 2008. [Consult. 21 Out. 2011]. Disponível em WWW:URL<[http://www.opas.org.br/ambiente/UploadArq/Sumario\\_Revisado\\_2008\\_internet.pdf](http://www.opas.org.br/ambiente/UploadArq/Sumario_Revisado_2008_internet.pdf)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Programmes and Projects - Health Impact

Assessment. OMS, 2011. [Consult. 24 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.who.int/hia/en/>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE - ¿Qué es la desertificación y como repercute en la salud?. 2008. [Em Linha]. [Consult. 21 Out. 2011] .Disponível em WWW:< URL: <http://www.who.int/features/qa/69/es//>>.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE – Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial de Saúde. [Em Linha]. Brasil: 2011. [Consult. 22 Out. 2011] .Disponível em WWW:<URL: <http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=49&area=Conceito>>.

PORTUGAL. Ministério Agricultura, Mar e Ambiente e Ordenamento do Território. Direcção-Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano - Combate à Desertificação: Orientações para os Planos Regionais de Ordenamento do Território Dezembro 2006. Lisboa: DGOT, 2006.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2011-2016. [Em Linha]. [Consult. 19 Out. 2011] .Disponível em WWW:< URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-discussao/>>.

RODRIGUES, M. ; VIANA, M. – Desertificação e Construção de um Coeficiente Interdisciplinar Para o Estado do Ceará [Em Linha]. [Consult. 28 Out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.ecoeco.org.br/conteudo/publicacoes/encontros/ii\\_en/mesa1/4.pdf](http://www.ecoeco.org.br/conteudo/publicacoes/encontros/ii_en/mesa1/4.pdf)>.

ROXO, M. ; CASIMIRO, P. ; SOUSA, T. – O que é a Desertificação?. 2004. [Em Linha]. [Consult. 12 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.kcl.ac.uk/projects/desertlinks/> >.

STANHOPE, M.; LANCASTER, J – Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 4ª ed. Lusociência. Lisboa.1999.

## PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUĐAVEIS, PREVENÇÃO DE DOENÇAS (DIABETES MELLITUS TIPO I): EXPERIÊNCIA DE UM CASO CLÍNICO



### **CECÍLIA DO ROSÁRIO MARTINS DOS SANTOS**

*Licenciatura em Enfermagem / Especialidade Saúde Infantil e Pediatria*

*Mestrado em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS\_UP/ Pós-Graduação em Supervisão clínica*

*Professor adjunto no CESPU- Instituto Politécnico de Saúde Norte*

*A exercer funções na ARS Norte – ACeS Maia/Valongo - UCC de Ermesinde*

### **LARA PATRÍCIA ESPÍRITO SANTO MARTINS**

*Licenciatura em Enfermagem / Especialidade em Enfermagem Comunitária*

*Mestrado em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS- UP*

*A exercer funções na ARS Norte – ACeS Maia/Valongo - UCC de Ermesinde*

### **SUSANA MANUELA SOUSA CUNHA**

*Licenciatura em Enfermagem / Especialidade em Enfermagem Comunitária*

*Mestrado em Enfermagem Comunitária pelo CESPU- Instituto Politécnico de Saúde Norte*

*A exercer funções na ARS Norte – ACeS Maia/Valongo - UCC de Ermesinde*

### **SUSANA MARIA VASQUES MARTINS**

*Mestrado Integrado em Medicina pelo ICBAS-UP*

*Médica interna de formação específica em Medicina Geral e Familiar na USF Ermesinde*

## RESUMO

A promoção de estilos de vida saudáveis tem sido nas últimas décadas uma aposta dos profissionais de saúde que trabalham na área da saúde escolar, sendo opção efetiva a prevenção de doenças, maximizando os ganhos em saúde.

Nesta perspectiva fomentou-se nos alunos a necessidade de adquirir conhecimentos sobre promoção de comportamentos de vida saudáveis prevenção de doenças (Diabetes Mellitus - DM), baseada numa situação clínica de um elemento da turma.

Para dar resposta à solicitação do agrupamento de escolas foram realizadas sessões de educação para a saúde em contexto de saúde escolar às turmas de uma escola secundária com colaboração dos docentes destas turmas, dada a existência de crianças com DM tipo I. Participaram 120 adolescentes, a totalidade de alunos que frequenta o 9ºano de escolaridade. Nessas sessões foi utilizada a metodologia expositiva demonstrativa e interventiva para maior envolvimento dos alunos tendo como diretiva que o sucesso da adoção de comportamentos de vida saudáveis está diretamente relacionado com a aprendizagem que vamos fazendo ao longo da vida concretamente nesta faixa etária.

Estas sessões de educação, para a saúde, vêm dar corpo às diretrizes da Direção Geral de Saúde (DGS) relativamente à promoção de estilos de vida saudáveis no contexto escolar referindo que este potencializa a adoção de comportamentos capazes de minimizar os danos causado pelas intercorrências de saúde, e dota os adolescentes de estratégias promotoras de comportamentos de resiliência.

Palavras-chave: promoção de estilos de vida saudáveis; prevenção de doenças; saúde escolar

## ABSTRACT

*The promotion of healthy lifestyles has been, in the last decades, a bet of the health professionals who work in the field of school health, being effective option on the prevention of diseases, maximizing the gains in health.*

*In this perspective, the students were encouraged to acquire knowledge about the promotion of healthy life behaviors and the prevention of diseases (Diabetes Mellitus - DM), based on a clinical situation of a class element.*

*In order to respond to the request of the grouping of schools, sessions in health education in the context of school health were held to the classes of a secondary school with the collaboration of the teachers, given the existence of children with type I DM. 120 students attend the sessions, the total amount of the ones enrolled on the 9th grade. In these sessions, we used the demonstrative and interventional methodology for the greater involvement of the students, with a directive that the success of the adoption of healthy life behaviors is directly related to the learning that we were doing throughout life concretely in this age group.*

*These health education sessions follow the directives of Direção Geral de Saúde (DGS) regarding the promotion of healthy lifestyles in the school context, pointing out that it promotes the adoption of behaviors capable of minimizing the damages caused by the health interurrences, and endows adolescents with strategies that promote resilience behaviors.*

## INTRODUÇÃO

A multidisciplinaridade tem como objetivos resolver um problema real e complexo; proporcionar diferentes perspectivas sobre um mesmo problema e criar uma visão compreensiva e abrangente que permita chegar a uma definição de consenso clínico. Assim, atualmente, as equipas multidisciplinares trabalham de forma integrada em sistemas para proporcionar ganhos em saúde, cientes que não existem soluções mágicas, mas comportamentos de vida saudáveis que é preciso manter. As práticas de educação para a saúde, em contexto escolar, não podem ser impermeáveis a estas políticas e, por isso, as suas ações devem procurar alcançar estes fins, para além de proporcionar às pessoas os meios necessários para exercer um maior controlo sobre a sua própria saúde. É de acordo com estes pressupostos que a escola surge como um local privilegiado de educação para a saúde, pois o que se pretende é alcançar uma maior massa de população e em idades propícias adquirir comportamentos e atitudes que despertem e fomentem um maior bem-estar e um estilo de vida saudável. O plano nacional de saúde escolar em consonância com o plano nacional de saúde promove, no ciclo de vida escolar, intervenções comprovadamente efetivas que contribuam para ganhos em saúde e, ao trabalhar com toda a população escolar, reduz as desigualdades. As crianças e jovens, em idade escolar, são o público-alvo com o qual se deve trabalhar. Se este constitui um dado inegável a ter em conta, importa saber se um projeto de educação para a saúde pode ser desenvolvido de forma dissociada das instituições de

saúde, nomeadamente quando é, também, atribuição destas instituições a valência da saúde escolar. Os agrupamentos de centros de saúde, nos quais atualmente se inserem as Unidades de Cuidados à Comunidade (UCC), desempenham, neste âmbito, um papel estratégico em virtude da possibilidade de efetivarem e dinamizarem parcerias com as escolas para concretização de projetos de educação para a saúde, com vista a maximização dos ganhos em saúde.

## DESENVOLVIMENTO

A escola assume o papel indiscutível de grande promotora da saúde, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável (PNSE, 2014), onde crianças e jovens despendem a maior parte do seu tempo. É um contexto privilegiado, pois alberga uma grande faixa etária, diversificada a nível económico, social e cultural, sendo por isso ideal para desenvolver ações que promovam uma vida ativa saudável a curto, médio e longo prazo. Iniciamos por questionar... "O que fazer para ser saudável? " "Como começar, e manter uma vida saudável?" "Como ter uma vida saudável e feliz?"; nesta perspectiva importa relembrar as dimensões do ser humano que assentam na dimensão física, social, emocional e espiritual.

Manter o corpo saudável e livre de doenças, criar interdependência com outras pessoas, ter a capacidade de lidar com os sentimentos e gerir o stress, significa a existência de comportamentos de vida saudável.

A alimentação equilibrada, o exercício físico, a ausência de vícios, a boa higiene corporal, boa relação intrapessoal e boas relações interpessoais; estão na base duma dinâmica preconizada pela Organização Mundial de

Saúde (OMS), que refere que, saúde é o bem-estar físico, mental e social, mais do que a mera ausência de doença.

Nesta perspetiva e subjacente a uma vida saudável, devemos promover alguns comportamentos capazes de sustentar este estilo de vida.

Para dar resposta à problemática em questão, é de referir a Diabetes Mellitus (DM) caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue. A DM é uma patologia, com um grupo de distúrbios metabólicos que apresenta a hiperglicemia como fator preponderante, ou seja, o açúcar em alta quantidade no organismo, especificamente na corrente sanguínea, a qual é causada por defeitos na produção ou ação da insulina ou na combinação destes dois, impedindo a entrada da glicose nas células para a sua metabolização.

Os tipos de diabetes existentes agrupam a DM tipo I (DM1), tipo II, diabetes gestacional, entre outros.

Na DM1, as células  $\beta$  do pâncreas deixam de produzir insulina pois existe uma destruição maciça destas células produtoras de insulina. Na maioria dos casos esta destruição ocorre por mecanismos autoimunes. Este tipo de DM é mais frequente na infância e na adolescência e requer tratamento com insulina durante toda a vida.

O aparecimento da DM1 é, geralmente, repentino e dramático com muitas complicações para o organismo, ocasionando no início sintomas bem comuns, como: fome exagerada, muita sede, boca seca, micção frequente, perda de peso e hiperglicemia, sendo também designada como a doença dos quatro "P", a referir, polidipsia, polifagia, polúria e perda de peso.

Como complicações podemos ter as hipoglicemias ou hiperglicemias as quais têm um plano de atuação que é importante conhecer e saber utilizar.

Nesta linha, surge a orientação da Direção-Geral de Saúde (DGS) nº 6/2016 de 23/11: Crianças e Jovens com DM1 na Escola, é a primeira orientação conjunta da DGS e da Direção-Geral da Educação.

A nova orientação da DGS determina a definição de um plano de saúde individual e de um plano de formação para melhorar o apoio aos cerca de 3.365 crianças e jovens até aos 19 anos diagnosticados no país, permitindo assim às crianças diagnosticadas com DM1 terem acompanhamento personalizado na escola.

O objetivo é a existência duma maior comunicação entre a equipa da saúde, a comunidade escolar e os encarregados de educação para a monitorização da glicemia e administração de insulina ao longo do dia, mas também para promover a autonomia na gestão da doença.

A "plena inclusão" das crianças e jovens com diabetes na escola nas diferentes atividades, é uma das metas e a DGS define um programa de formação para a equipa escolar, que deve incluir aspetos como técnicas de administração de insulina, alimentação saudável e adaptação nas aulas de educação física, a serem dinamizadas pela equipa de saúde escolar.

Nesta perspetiva e dada a existência, no 9ºano de escolaridade desta comunidade educativa, de um aluno com esta patologia, a equipa de saúde escolar articulou com a coordenadora da educação para a saúde do agrupamento escolar, no sentido de dar a conhecer e incentivar os comportamentos

de vida saudável promovendo estilos de vida capazes de prevenir doenças ou minimizar as suas sequelas concretamente na diabetes, e dotar a comunidade escolar de competências para poderem responder às necessidades. Para isso, foram elaboradas sessões de educação para a saúde.

A fim de responder às necessidades e indo de encontro ao preconizado na norma, até o adolescente atingir a capacidade de gerir autonomamente a sua diabetes, serão asseguradas todas as suas necessidades. Dai que os estabelecimentos de educação e ensino deverão ter pessoal treinado para assegurar a prestação de cuidados nas situações de descompensação da diabetes, durante as quais é imprescindível o apoio de outras pessoas que saibam avaliar a situação e o apoio de terceiros. Em caso de hipoglicemia severa todos os alunos com diabetes terão assistência e ajuda imediata, pois a comunidade educativa deve estar preparada para atuar neste tipo de situações.

A evidência tem demonstrado que a maior parte dos problemas de saúde e dos comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, podem ser prevenidos ou significativamente reduzidos através dum programa de saúde escolar efetiva.

Tendo por base estes princípios, as equipas de saúde escolar desenvolvem atividades de educação para a saúde que visam a promoção da saúde e a prevenção de comportamentos de risco e assim, o diagnóstico dos riscos do ambiente escolar através da avaliação das condições de higiene, saúde e segurança da escola. É a partir do diagnóstico de necessidades e das parcerias estabelecidas que reforçam os laços das redes sociais, que

a saúde escolar procura trabalhar toda a comunidade educativa.

Nesta dinâmica foram realizadas duas sessões de educação para a saúde aos alunos de uma escola deste agrupamento de Ermesinde com duração de 4 horas, respetivamente. Em cada sessão foram apresentados os princípios orientadores para aquisição de comportamentos de vida saudável com vista à prevenção de doenças, concretamente a diabetes.

Estas sessões assentaram essencialmente na exposição dos conteúdos com a participação dos alunos através de Power Point, sobre a temática de comportamentos de vida saudáveis e prevenção de doenças, tendo como foco a diabetes, dando algum ênfase sobre a atuação na problemática das hiperglicemias e hipoglicemias para a consolidação de conhecimentos com intervenção prática, finalizando com preenchimento de sopa de letras sobre a temática abordada.

## CONCLUSÃO

A saúde escolar deve ser entendida como um direito de todos e um dever do Estado. No nosso país desde há vários anos que os centros de saúde, através das suas equipas de saúde escolar, têm procurado trabalhar com as escolas no sentido de criarem condições para um adequado desenvolvimento biopsicossocial de cada aluno.

A educação para a saúde em contexto de saúde escolar visa dar resposta a necessidades específicas detetadas pelos contextos educativos bem como incutir nos alunos a necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis. Nesta linha de pensamento a saúde escolar alcança assim um dos seus

grandes objetivos: criar oportunidades para as crianças e jovens realizarem experiências de aprendizagem ativas, diversificadas, significativas, integradas e socializadoras na escola e transportá-las para a sua vida quotidiana e para a comunidade. Neste sentido, promover a saúde na escola constitui uma forma privilegiada de promover a saúde da comunidade, tornando-a saudável na sua globalidade. Daí que, a saúde escolar, enquanto colaboradora das instituições educativas, assume-se como um investimento em educação, saúde e democracia, de forma a construir uma atitude de cidadania assente em princípios de individualidade e de convivência com a diferença e o respeito pelo outro, numa sociedade mais saudável, mais solidária, mais participativa e mais feliz.

## BIBLIOGRAFIA

Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Norma da Direção Geral de Saúde. Norma nº 002/2011 de 14/01/2011

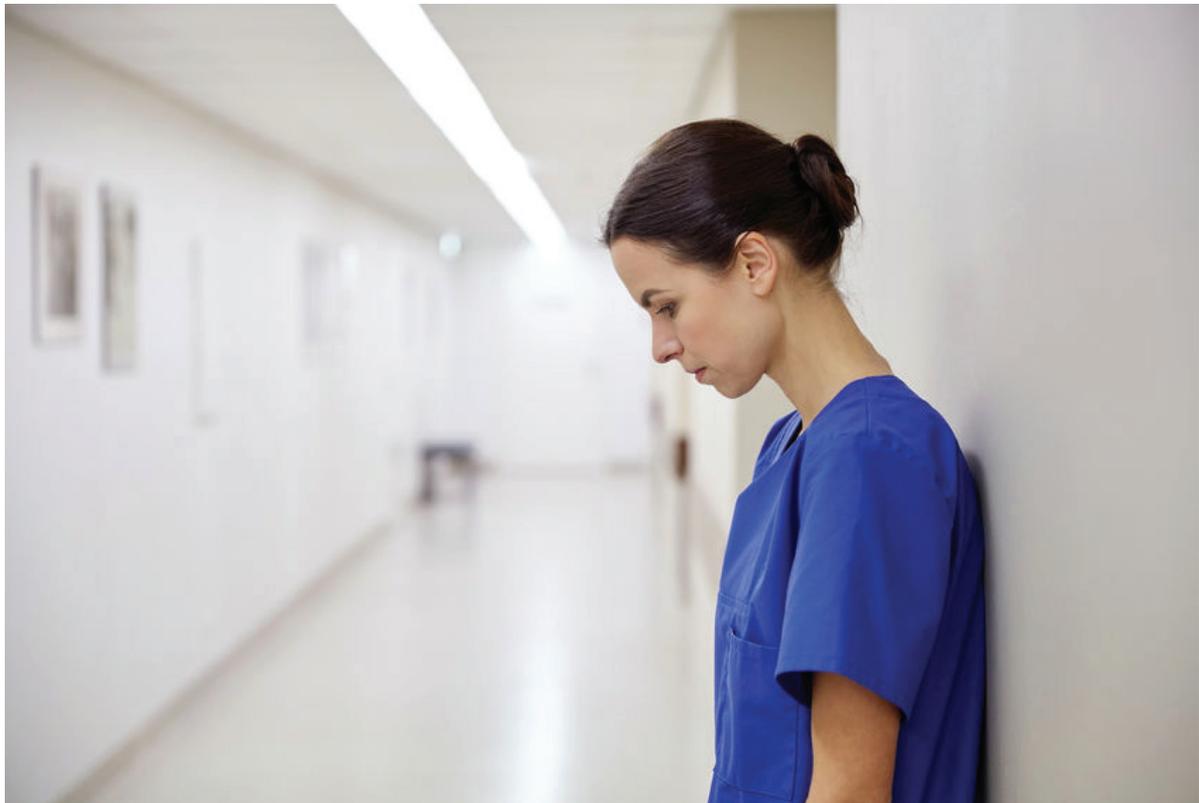
Miguel, Luís Silva, & Sá, Armando Brito de (2010). Cuidados de saúde primários em 2011-2016: Reforçar e expandir. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Orientação da DGS nº 6/2016 de 23.11.2016 - Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) na Escola, é a primeira Orientação Conjunta da Direção-Geral da Saúde e da Direção-Geral da Educação Gomes-Pedro JC; Pina AC; Correia EV, Santos JLC; Magro MM. Para uma revisão do sistema de promoção de Cuidados de Saúde Escolar. Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial (Ministério da Educação e Ministério da Saúde). Lisboa 1990

Portal da diabetes. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Disponível em <http://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/hiperglicemia>

Teixeira, Lurdes (2012). A reforma do centro de saúde: Percursos e discursos. Lisboa: Editora Mundos Sociais

# DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE DE ENFERMEIROS DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM



**PEDRO MIGUEL DIAS SEQUEIRA**

*Enfermeiro do ACES Médio Tejo- Centro de Saúde de Abrantes, Especializado em Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem Comunitária, Pós- Graduação em Formação e Supervisão Pedagógica e em Geriatria, Mestre em Sociopsicologia da Saúde*

**NOÉLIA NATÁLIA FREITAS VIEIRA**

*Enfermeira do Hospital Distrital de Santarém, Serviço de Urgência, Especializada em Enfermagem Comunitária, Pós-graduação em Estratégias e Intervenções em Situações de Crise e Emergência e pós graduação em Gestão em Saúde*

## RESUMO

O estudo é quantitativo, descritivo, transversal e exploratório. Tem como objectivo primordial caracterizar os estilos de vida dos enfermeiros do Hospital Distrital de Santarém, no âmbito do seu estado de saúde.

O enquadramento teórico incide sobre as temáticas pertinentes envolvidas ao nosso estudo: Saúde, Promoção da Saúde, Estilos de Vida, Saúde e Estilos de Vida, Bem-Estar e Saúde, Planeamento em Saúde e a Família.

As hipóteses são:

- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme o género;
- Os estilos de vida dos enfermeiros estão relacionados com a idade;
- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme a categoria profissional;
- Os estilos de vida dos enfermeiros estão relacionados com o tempo de exercício profissional;
- Os estilos de vida dos enfermeiros estão relacionados com o tempo de exercício no actual serviço;
- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme as suas habilitações literárias;
- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme as suas habilitações profissionais;
- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme a exposição ao stress;
- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme o tipo de horário que praticam no serviço.

A variável dependente consiste na caracterização dos estilos de vida dos enfermeiros do HDS, no âmbito do seu estado de saúde, e as variáveis independentes são: Género, Idade, Categoria profissional, Tempo de experiência profissional, Habilitações literárias, Habilitações profissionais, Exposição ao stress, Horário que praticam no serviço.

O Instrumento de colheita de dados seleccionado foi o questionário, por nós construído, aplicado a uma amostra de 67 enfermeiros do Hospital Distrital de Santarém.

Como principais conclusões:

- A maioria dos enfermeiros (82,1%) apresentaram resultados, no global da quantificação dos estilos de vida, entre 50 e 75 pontos, portanto, evidenciam estilos de vida considerados razoavelmente adequados;
- 86,6% da nossa amostra classificou os seus estilos de vida como razoáveis;
- 3,1% consideraram com o facto da operacionalização de programas de promoção da saúde, pelo hospital, constituiria um benefício profissional considerável;
- 76,1% da amostra participariam em programas de promoção da saúde, no hospital, após o horário laboral

**Palavras-Chave:** Diagnóstico da situação; Estilos de vida; Enfermeiros; Saúde; Planeamento em Saúde

## ABSTRACT

The study is quantitative, descriptive, transversal and exploratory. It has as main goal to characterize the way of life of the nurses of the Hospital of the District of Santarem, in what concerns their state of health.

The theoretical framing falls upon the pertinent themes that are related with our study: Health, Promotion of Health, Ways of Life, Health and Ways of Life, Well-Being and Health, Planning in Health and the Family.

The hypotheses are:

- The ways of life of the nurses are different according to the gender;
- The ways of life of the nurses are related with the age;
- The ways of life of the nurses are different according to the professional category;
- The ways of life of the nurses are related with the time of professional practice of their work;
- The ways of life of the nurses are related with the time they have been working in the actual service;
- The ways of life of the nurses are different according to their literary qualifications;
- The ways of life of the nurses are different according to their professional qualifications;
- The ways of life of the nurses are different according to their exposure to stress;
- The ways of life of the nurses are different according to the type of schedule they have in their service.

The dependent variable consists in the characterization of the ways of life of the nurses of the HDS, in what concerns their state of health, and the independent variables are: Gender, Age, Professional Category, Time of professional experience, Literary Qualifications, Professional qualifications, Exposition to stress and the Schedule that have in the service.

The Instrument of gathering data was a questionnaire, elaborated by us, applied to a sample of 67 nurses of the Hospital of the District of Santarem.

As main conclusions we have:

- The majority of the nurses (82,1%) presented results, in the global of the quantification of the ways of life, between 50 and 75 points, therefore, they seem to have ways of life considered reasonably adjusted;
- 86,6 % of our sample classified their ways of life as reasonable;
- 73,1 % considered that the fact of being implemented programmes of promotion of health, by the hospital, would constitute a considerable professional benefit;
- 76,1 % of the sample would participate in programmes of promotion of health, in the hospital, after the labour schedule.

**KeyWords:** Diagnostic of the situation; Way of life; Nurses; Health; Planning in health

## INTRODUÇÃO

No âmbito da frequência de uma formação especializada foi-nos solicitado a realização de um Diagnóstico da Situação de Saúde. O ponto de partida para qualquer actuação é o diagnóstico da situação onde se pretende intervir na base da intervenção do enfermeiro especialista. Só ele proporciona a base necessária para a escolha da intervenção mais adequada. A saúde não é excepção, constituindo o diagnóstico da situação de saúde, umas das etapas do planeamento em saúde, imprescindível para o seu êxito e ferramenta fundamental ao Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

Segundo Imperatori e Girdales (1993), o diagnóstico pretende medir o estado de saúde da população, obtendo-se assim, um instrumento que permite escolher prioridades, perspectivar estratégias de intervenção, organizar actividades e avaliar os resultados.

Desta forma, a investigação contribui sobretudo para dar maior significado e credibilidade aos cuidados de enfermagem (Fortin, 1999). O diagnóstico da situação de saúde constitui-se de uma metodologia credível com enunciados e princípios de investigação em enfermagem, tendo em vista a caracterização geral e global do estado de saúde de uma comunidade como contexto de intervenção.

O enfermeiro especialista está capacitado para identificar as necessidades afectadas ou as susceptíveis de serem afectadas, competindo-lhe planear e executar acções e intervenções de enfermagem que respondam aos problemas identificados, com vista à recuperação da independência do utente, mobilizando as potencialidades e/ou os recursos mais adequados perante a actual intervenção a realizar.

É neste sentido que iremos trabalhar e investigar a envolvente sobre os **estilos de vida** no estado de saúde da comunidade de enfermeiros do Hospital de Santarém. Estilos de vida e promoção da saúde são conceitos inerentes e interactivos com vista na manutenção de um estado de saúde individual e colectivo e, portanto a adopção de comportamentos conducentes a estilos de vida considerados como bons irá ser reflectir num bom estado de saúde ou pelo menos favorável. Neste sentido, estilo

de vida é um modo de vida baseado em padrões identificáveis de comportamentos determinados pela interacção entre as características pessoais do indivíduo, as interacções sociais e as condições de vida socioeconómicas e envolvimento. (OMS, 1986).

## JUSTIFICAÇÃO/PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Neste capítulo, iremos referir as justificações e pertinência do nosso estudo após uma análise e reflexão, tendo em conta a área temática, as motivações e interesses individuais e profissionais e também, indo ao encontro da elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade de enfermeiros do Hospital de Santarém. Sendo assim, a escolha deste tema baseia-se no facto de considerarmos a vida e a saúde como dois bens essenciais ao indivíduo, à manutenção do seu estado de saúde, das suas atitudes e comportamentos considerados desejáveis, tendo em vista a promoção de estilos de vida saudáveis.

Se consideramos os enfermeiros uma comunidade e o âmbito de actuação do enfermeiro especialista de saúde comunitária é a comunidade como contexto de intervenção, é importante também definirmos os conceitos de comunidade e de saúde na comunidade. Assim no âmbito da formação especializada, consideramos *Comunidade* como um grupo de indivíduos que interagindo, é caracterizado por sentimentos de pertença, territorialidade, permanência e que com base num carácter corporativo, emergem num projecto comum sustentado por valores e padrões culturais que visam a necessidade colectiva.

Neste seguimento, *Saúde na Comunidade* define-se como o estado resultante da interacção entre o indivíduo/família/grupos e o meio ambiente numa determinada área geográfica, de forma a conseguir o maior bem-estar físico, psicológico, sociocultural, ambiental e espiritual para que se atinja o máximo potencial de saúde para todos.

As justificações que encontramos para a elaboração deste trabalho, está relacionado com:

- Caracterização dos estilos de vida da população em estudo;
- Desenvolvimento de capacidades/competências e estratégias de intervenção

na elaboração do diagnóstico da situação de saúde, no âmbito de uma particularidade fundamental ao enfermeiro especialista em saúde comunitária;

- Compreensão da forma como os sujeitos do estudo promovem ou não os seus estilos de vida, uma vez que são enfermeiros e, portanto, detentores de um corpo de conhecimentos na área da saúde e promoção da saúde, de modo a identificarmos as suas necessidades e problemas de saúde.

Deste modo, e uma vez que os sujeitos do estudo já possuem conhecimentos inerentes à saúde e à promoção de atitudes e comportamentos de vida saudáveis, torna-se à mesma fundamental, caracterizarmos os estilos de vida desta população, no sentido de conhecermos os problemas reais de saúde, bem como as suas necessidades.

Os estilos de vida constituem-se num conjunto de padrões, normas, crenças e atitudes comportamentais que definem a forma de viver de uma pessoa, de uma família ou de um grupo. O estilo de vida assume o modo como as pessoas fazem a sua aprendizagem, no seu processo de socialização, e as condições de vida num grupo ou na comunidade onde estão inseridos.

## HIPÓTESES

Imperatori e Giraldes (1993), no planeamento em saúde e na consecução e definição do diagnóstico da situação de saúde de uma comunidade não referem a necessidade da elaboração de hipóteses, contudo, face às variáveis definidas, considerámos pertinente a formulação de algumas hipóteses.

Marconi e Lakatos (1990, p.26) definem hipótese como "uma preposição que se faz na tentativa de verificar a validade da resposta existente a uma determinada problemática". Também Fortin (1999, p.102) diz-nos que uma hipótese "é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa porção desta proposição". A hipótese combina a problemática e o objectivo numa explicação ou predição objectiva dos resultados esperados do nosso estudo. (Fortin, 1999).

Para este trabalho definimos as seguintes hipóteses:

- Os estilos de vida dos enfermeiros são

diferentes conforme o género;

- Os estilos de vida dos enfermeiros estão relacionados com a idade;

- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme a categoria profissional;

- Os estilos de vida dos enfermeiros estão relacionados com o tempo de exercício profissional;

- Os estilos de vida dos enfermeiros estão relacionados com o tempo de exercício no actual serviço;

- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme as suas habilitações literárias;

- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme as suas habilitações profissionais;

- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme a exposição ao stress;

- Os estilos de vida dos enfermeiros são diferentes conforme o tipo de horário que praticam no serviço.

## VARIÁVEIS

A selecção das variáveis dependente e independentes é uma fase essencial deste trabalho com metodologia de investigação. Marconi e Lakatos (1990, p.27) referem que as variáveis "devem ser definidas com clareza e objectividade e de forma operacional".

As variáveis dependente e independentes estão interligadas e influenciam-se mutuamente e é a partir destas que se irão definir os dados que são necessários colher, tendo em conta o objectivo do nosso estudo. Para as escolher e definir tivemos em linha de conta, os objectivos e o âmbito do diagnóstico de saúde da nossa comunidade. Sendo assim, definimos como variável dependente do nosso estudo:

- Caracterização dos estilos de vida dos enfermeiros do Hospital de Santarém, no âmbito do seu estado de saúde.

E como variáveis independentes:

- Idade;
- Sexo;
- Habilitações literárias;
- Habilitações profissionais;
- Serviço onde desempenha funções;
- Tempo de experiência profissional;
- Estilos de vida;
- Conhecimentos sobre as práticas dos estilos de vida.

Atendendo ao facto das escalas de avaliação dos estilos de vida nos diferentes domínios não tinham a mesma amplitude, optámos por expressar os resultados numa escala de 0 a 100. Para a conversão das escalas originais na escala final aplicámos a seguinte fórmula:

$$X = \frac{x}{M} \times 100$$

Onde:

**X** – Resultado na escala de 0 a 100

**x** – Valor observado na escala original

**M** – Máximo esperado para a respectiva escala

Quadro nº. 1- Operacionalização da Variável Quantitativa Estilo de Vida e Indicadores de Avaliação

Estilo de Vida	Indicador	Pergunta	Cotação
Consumo de tabaco	Hábito de fumar	Q1- É fumador?	Sim – 0 Não – 1
		Q4- É a favor de áreas para fumadores e não fumadores, no local de trabalho?	Sim – 1 Não – 0
		Q5- É a favor de uma política de proibição do fumo em ambientes fechados, onde se encontrem fumadores e não fumadores?	Sim – 1 Não – 0
	Expectativas para deixar de fumar	Q6- Gostava de deixar de fumar?	Sim – 2 Não – 0 Indiferente – 1
		Q7- Se sim, alguma vez tentou deixar de fumar?	Sim – 1 Não – 0
		Q8- Em termos gerais, aprova ou não, que as pessoas que o rodeiam fumem habitualmente no local de trabalho?	Aprovo – 0 Desaprovo – 2 Não sabe/não responde – 1
Consumo de bebidas alcoólicas	Hábito de consumo de bebidas alcoólicas	Q9- Consome, habitualmente, bebidas alcoólicas?	Sim – 0 Não – 1
		Q11- Considera que consome mais do que o que deveria?	Sim – 0 Não – 1
Medicação	Hábito diário de toma de medicação	Q13- Consome medicamentos habitualmente?	Sim – 0 Não – 1
		Q14- Costuma, por habito, auto-medicar-se?	Sim – 0 Não – 1
	Consumo de Antidepressivos	Q15- Consome antidepressivos?	Sim – 0 Não – 1
	Consumo de ansiolíticos e / ou indutores do sono	Q17- Consome ansiolíticos e/ou indutores do sono?	Sim – 0 Não – 1
Alimentação	Tipo de alimentação	Q19- Como é, habitualmente, a sua comida?	Caseira – 1 Pré-cozinhada – 0
		Q20- Qual o número de refeições que pratica diariamente?	Dois ou menos – 0 Três – 1 Quatro – 2 Cinco – 3 Cinco ou mais – 4
		Q25- Com que frequência consome fast-food?	Ocasionalmente – 2 Frequentemente – 1 Muito frequente/ – 0 Nunca – 3

Estilo de Vida	Indicador	Pergunta	Cotação
Hábitos Sexuais	Sexo Seguro	Q28- Pratica sexo seguro?	Sim – 1 Não – 0
		Q29- Costuma utilizar o preservativo durante as relações sexuais?	Sim – 1 Não – 0
		Q32- Costuma ir às consultas de ginecologia?	Sim – 1 Não – 0
		Q33- Costuma fazer vigilância da sua "Saúde Reprodutiva" ?	Sim – 1 Não – 0
		Q34- Costuma fazer consultas de Planeamento familiar?	Sim – 1 Não – 0
Pratica Exercício Físico	Exercício Físico	Q39- Actualmente, pratica algum tipo de exercício físico regularmente?	Sim – 1 Não – 0
		Q40- Em caso afirmativo, quantas vezes?	1 x por semana – 1 1 x por mês – 0 3 ou + p/ semana – 2
		Q42- Se pratica exercício físico, quantas horas lhe dedicam semanalmente?	2 horas – 0 3h-4 horas – 1 5h-7 horas – 2 7h-8 horas – 3

Quadro nº. 2- Quantificação da Variável Estilo de Vida

Estilos de Vida	Pontuação mínima esperada	Pontuação máxima esperada
Hábitos tabágicos	0	8
Hábitos alcoólicos	0	2
Medicação	0	4
Alimentação	0	8
Hábitos Sexuais	0	2 (Homens) 5 (Mulheres)
Exercício Físico	0	6
Global	0	30 (Homens) 33 (Mulheres)

Exemplo:

Se um indivíduo obteve 6 pontos na escala original dos hábitos tabágicos, na escala de 0 a 100 pontos terão 75 pontos.

$$X = \frac{6}{8} \times 100 \quad \Leftrightarrow \quad X = 75$$

#### METODOLOGIA

A metodologia é um dos aspectos fundamentais no processo de investigação, sendo entendida como uma estratégia que permite estudar e avaliar as diferentes opções de estudo, identificando implicações e limitações na sua utilização. Tendo em conta que queremos caracterizar os estilos

de vida dos enfermeiros do HDS, optámos pela realização de um estudo de **abordagem quantitativa**.

Escolhemos esta metodologia por considerarmos ser a mais adequada, tendo em conta, os objectivos do estudo e a elaboração do diagnóstico da situação de saúde da comunidade.

### TIPO DE ESTUDO

O estudo é **descritivo** porque “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população, ou de uma amostra desta” (Fortin, 1999, p. 163); **transversal** porque é desenvolvido num determinado momento onde os acontecimentos, factos e modo de procedimento são comparados e analisados é também um estudo de carácter **exploratório**, pois permite a compreensão de um fenómeno dentro do seu contexto natural, analisando comportamentos e tentando reflectir nas razões dos mesmos.

Existem quatro níveis hierarquizados de investigação à medida que se aumenta a amplitude e o nível de conhecimentos sobre um dado assunto, assim, o nosso estudo situa-se no nível 1, pois segundo Fortin (1999, p.51), “corresponde à descoberta de factores e exploração de fenómenos que consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido, o que corresponde à investigação exploratória e descritiva”.

### POPULAÇÃO E AMOSTRA

A determinação da população e amostra é também uma das fases determinantes para o desenvolvimento do processo de investigação.

A população alvo do nosso estudo é constituída por todos os enfermeiros que exerçam funções no Hospital de Santarém. A partir desta definir-se-à uma amostra representativa da mesma através de um processo designado por amostragem.

“A amostragem refere-se ao processo de selecção de uma parte da população para representar a totalidade”. (Polit e Hungler, 1995, p.144), esta pode ser definida ainda como “o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população inteira esteja representada”. (Fortin, 1999, p.213).

Ao definirmos a nossa amostra, tivemos em conta determinados critérios de inclusão/exclusão de forma a conseguirmos uma amostra de selecção racional ou intencional.

Tendo em conta que a nossa amostra é intencional, iremos seleccionar os enfermeiros que pertencem aos Serviços de Urgência, Medicina 3, Cirurgia e Psiquiatria. A opção pelo serviço de urgência constitui um serviço onde os enfermeiros lidam com o doente em risco de vida e com inúmeras situações de stress e imprevisibilidade e que pode provocar eventualmente alterações nos seus estilos de vida. O serviço de psiquiatria é um serviço que pode causar um desgaste psicológico e emocional aos enfermeiros pela especificidade da intervenção ao doente com alterações psiquiátricas e, que pode, ser um dos serviços que venha provocar alterações nos estilos de vida do enfermeiro.

Os serviços de medicina 3 e cirurgia são serviços que tem uma particularidade, lidam constantemente e diariamente com o sofrimento humano, com o cuidar de doentes em fase terminal de vida e/ou doentes oncológicos e que proporciona aos enfermeiros destes serviços a lidarem também com a morte que nem sempre é uma situação fácil de resolver e sobretudo a comunicação da morte do familiar doente ao cuidador/família. Nestes serviços e dado esta especificidade, o enfermeiro deve mostrar disponibilidade e estarem próximos da unidade familiar e, esta dado a imprevisibilidade e inconstante estado de saúde do familiar doente, recorrerá com muita frequência ao enfermeiro manifestando ansiedade, medo da morte do seu

familiar e se situações de dependência Como vai ser agora? São algumas situações que os enfermeiros destes serviços lidam diariamente e que também podem provocar alterações nos seus estilos de vida.

Escolhemos este tipo de amostra, por considerarmos ser a mais adequada, tendo em conta os objectivos e o tipo de estudo que pretendemos fazer.

Um aspecto que iremos ter em conta aquando da abordagem aos enfermeiros é que sejam apenas os que estão na prestação directa de cuidados e, como é óbvio, os que aceitem livremente participar no estudo. Iremos excluir os enfermeiros chefes e coordenadores dos serviços por não se encontrarem na prestação directa dos cuidados aos doentes e respectivas famílias.

#### PLANEAMENTO DA COLHEITA DE DADOS

Com base na fundamentação teórica e nos nossos objectivos, construímos um instrumento de colheita de dados sob a forma de questionário. No questionário, segundo Selltiz (1965, citado por Enricone, 1988, p.209), " a informação obtida restringe-se a respostas escritas e questões pré-elaboradas".

O questionário que elaborámos é constituído por questões, na sua maioria fechadas, algumas mistas e abertas. Ele é constituído por uma primeira parte em que iremos caracterizar as variáveis sócio-demográficas dos sujeitos do nosso estudo e numa segunda parte, iremos caracterizar os seus estilos de vida.

Durante a elaboração do nosso questionário tivemos em conta estes aspectos, a preocupação com o conteúdo, a sua pertinência, clareza, a forma como são formuladas as questões, o lugar que ocupam e sobretudo se a informação nele contida permita atingirmos os objectivos deste estudo.

Deste modo, com o objectivo de validarmos o instrumento de colheita de dados elaborado, procedemos à aplicação do pré-teste nos

primeiros dois dias de Janeiro de 2008 aos enfermeiros do serviço de medicina 2 do mesmo hospital. A escolha deste serviço baseia-se no facto de possuir características semelhantes aos serviços onde se irá aplicar o questionário definitivo.

Com o intuito de validar o instrumento de colheita de dados, o pré-teste, foi aplicado em número de dez aos enfermeiros deste serviço que se disponibilizaram e aceitaram participar no estudo.

Após analisarmos os dados colhidos através do pré-teste, consideramos que este ia ao encontro do pretendido pelo que, passamos à fase de aplicação do instrumento definitivo, num total de cem questionários, cada serviço comporta aproximadamente vinte elementos de enfermagem, destes cem enviados, apenas obtivemos 67 (sessenta e sete) questionários preenchidos, durante a primeira quinzena de Janeiro de 2008.

Tendo em conta os princípios ético-deontológicos do processo de investigação, foi solicitado autorização ao Conselho de Administração do Hospital de Santarém, através de requerimento próprio para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, o qual foi deferido.

#### TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados serão tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (STATISTICAL PACKAGE for the SOCIAL SCIENCE), na versão 15.0 de 2006. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados iremos utilizar técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente:

- FREQUÊNCIAS: absolutas ( $n^o$ ) e relativas (%);
- MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL: médias aritméticas ( $\bar{X}$ ), médias ordinais ( $\bar{X}_{ord}$ ), medianas (Md) e modas (Mo);
- MEDIDAS DE DISPERSÃO OU VARIABILIDADE: desvios padrão (s);
- COEFICIENTES: Correlação de Spearman ( $r_s$ );

- TESTES DE HIPÓTESES: teste U de Mann-Whitney, teste da significância de um coeficiente de correlação de Spearman e o teste de Kolmogorov-Smirnov (como teste da normalidade de uma distribuição).

Aplicando o teste Kolmogorov-Smirnov verificamos que a variável **“Estilos de Vida”** não verifica uma das condições exigidas para a aplicação de testes paramétricos, concretamente,

não apresenta distribuição normal nas seis dimensões ( $p < 0.05$ ) e no global apresenta assimetria e curtose muito acentuadas. Este facto levou-nos a optar pela aplicação de testes não paramétricos.

Nos testes fixámos o valor de 0.05, para o nível de significância, ou seja, admitimos que a probabilidade máxima de ocorrência do erro tipo I era de 5%.

Quadro nº. 3- Resultados do Teste de Normalidade

Estilos de vida	Teste Kolmogorov-Smirnov (p)	Assimetria	Curtose
Hábitos tabágicos	<0.001	-3.208	-0.344
Hábitos alcoólicos	<0.001	-5.006	1.823
Medicação	<0.001	-3.577	1.502
Alimentação	<0.001	-1.092	-1.124
Hábitos sexuais	0.003	-1.201	-0.751
Exercício físico	<0.001	2.433	-1.787
Global	0.200	-2.457	2.739

### APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

No que se refere aos sujeitos do estudo e dado que estes são enfermeiros e a profissão de Enfermagem é maioritariamente do género feminino, obtivemos um valor percentual de 70,1% neste género. Estes resultados vêm ao encontro e desde os tempos da história da enfermagem serem dedicados às “mulheres” como prestadoras formais de cuidados por excelência e até nos dias de hoje ainda verificamos que apesar de muitos homens escolherem a enfermagem como sua profissão ela ainda é maioritariamente do género feminino. Durante milhares e milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias, liga-se fundamentalmente às actividades da enfermeira. (Collière, 1999).

Quanto à categoria profissional mais referenciada constatámos que 50,7% são enfermeiros graduados. No que concerne ao tempo de exercício profissional variou de 8 meses até 25

anos de tempo de serviço, sendo a média de 9,45 anos com um desvio padrão de 7,11 anos. Estes resultados vem de encontro ao que já verificámos que os enfermeiros do nosso estudo constituírem um grupo de jovens e adultos ainda que alguns possuem pouco tempo de experiência profissional, estes valores estão também relacionados com a idade dos enfermeiros que se apresentam no intervalo compreendido entre os 23 e os 50 anos.

Quanto ao tempo de exercício profissional no actual serviço onde exercem funções, verificámos valores compreendidos entre um mês e 22 anos de serviço, sendo a média de 5,51 anos e um desvio padrão de 4,36 anos, 50,8% da nossa amostra permanecem no actual serviço há menos de cinco anos.

Analisando em particularidade e na globalidade os estilos de vida dos enfermeiros do HDS, podemos constatar que a maior parte dos enfermeiros alvos do estudo, 70,1% não são fumadores no âmbito de conhecermos os

seus hábitos tabágicos, enquanto que 29,9% afirmaram que são fumadores. Destes fumadores revelaram que começaram a fumar com idades compreendidas entre os 10-24 anos, portanto atravessaram a fase da adolescência. Claes (1990) diz-nos que a adolescência será a fase ou período do desenvolvimento humano que se situa entre a infância e a idade adulta e cuja especificidade e complexidade se relaciona com um conjunto de modificações que ocorrem quer a nível pessoal, quer a nível social, que os jovens iram vivenciar e para os quais terão de encontrar estratégias de adaptação. Gonçalves (1995) diz-nos também que neste período a conquista da autonomia e da liberdade são um dos traços dominantes da passagem à idade adulta, vivenciado por momentos de crise, de tempestade, de afirmação e de conflito. A adolescência é uma fase da vida caracterizada por múltiplas mudanças em que os jovens são impulsionados nas suas opções e escolhas variadas pela vontade da descoberta, da desinibição e pela experimentação de novas sensações.

Um valor significativo que obtivemos foi que 55% dos enfermeiros que fumam habitualmente gostariam de deixar de fumar e que até 81,8% já tentaram deixar de fumar. 97% dos inquiridos são a favor de uma política de proibição de fumar em ambientes fechados onde se encontram fumadores e não fumadores. Estes resultados estão também na ordem do dia e desde que começou este novo ano de 2008 com a nova lei de proibição de fumar em ambientes fechados, nos locais de trabalhos como é o caso do HDS em que apenas o bar é que temos uma zona para fumadores e outra para não fumadores, nos restantes locais do HDS, as pessoas fumavam nos seus serviços nomeadamente na "sala de convívio ou sala do pessoal" onde permanecem fumadores e não fumadores. Este facto vem de encontro aos resultados obtidos em que 64,2% dos enfermeiros desaprovam que as pessoas que os rodeiam fumem habitualmente nos locais de

trabalho.

Outro estilo de vida que fomos investigar nos enfermeiros do HDS foi os seus hábitos alcoólicos e podemos concluir que 70,1% não consomem habitualmente bebidas alcoólicas, enquanto 29,9% tem por hábito o consumo frequente de bebidas alcoólicas. Destes últimos a bebida mais referenciada que ingerem foi o "vinho", cujo valor percentual foi de 75%. Este valor está relacionado com o facto de estarmos em Santarém cidade capital de distrito do Ribatejo, onde o vinho é um elemento essencial e de prevalência nesta região dados os costumes, produção agrícola e festividades regionais. Dos inquiridos que referiram que bebem bebidas alcoólicas, 75% não consideram que consomem mais do que o que deviam e quanto à idade do início da ingestão de bebidas alcoólicas variou entre os 14 e os 30 anos, sendo a média de 17,79 anos com um desvio padrão de 3,38 anos. Estes resultados vêm novamente de encontro quanto ao início dos hábitos tabágicos, correspondendo à fase da adolescência, uma vivência de novidades, uma fase da procura, os grupos de pares, da experimentação e da definição/demarcção do "EU".

No que se refere à medicação verificámos que 70,1% dos enfermeiros não tomam habitualmente quaisquer tipos de medicamentos, apesar de 53,7% da amostra referirem a prática da auto-medicação habitual. Quanto à toma de antidepressivos, 92,5% afirmaram que não consomem e 94% afirmaram também que não consomem ansiolíticos e/ou indutores do sono. Apenas 7,5% dos sujeitos referiram que tomam antidepressivos constituindo-se um valor com pouco significado estatístico.

No que concerne aos hábitos alimentares dos enfermeiros do HDS podemos constatar que 89,6% destes alimentam-se habitualmente de comida caseira, 35,8% fazem cinco refeições por dia e 52,2% afirmaram que habitualmente não prescindem de nenhuma refeição por dia.

Verificámos também que 61,2% da amostra ocasionalmente (uma vez por semana) consomem alimentos do tipo de fast-food e 65,7% referiram que não fazem qualquer tipo de dieta e/ou restrição alimentar. 34,3% dos enfermeiros referiram que praticam dieta e/ou restrição alimentar com vista na manutenção e controlo do seu peso e destes apenas 69,6% é que o controlam habitualmente. Quanto ao tipo de alimentos, os enfermeiros consomem habitualmente quer na frequência semanal e/ou diariamente um pouco de todos os alimentos da roda dos alimentos que constituem a todos nós de extrema importância na manutenção da nossa saúde, na promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e na promoção da vida, constituindo-se uma prática de uma alimentação saudável.

No que se refere aos hábitos sexuais verificámos que 85,1% dos enfermeiros praticam sexo seguro, uma vez que como profissionais de saúde são detentores de um corpo de conhecimentos acerca de práticas de estilos de vida saudáveis e portanto estão conscientes dos tipos de atitudes e comportamentos que possam influenciar o seu estado de saúde, de se exporem a factores promotores e/ou a factores prejudiciais do seu estado de saúde.

Fazendo referência, não como estilo de vida, às pessoas que fazem parte do relacionamento interpessoal dos nossos sujeitos do estudo, verificámos que 32,8% referiram a família, amigos e o conjugue. Ao serem questionados qual a sua definição de família e/ou pessoas significativas apenas 6,5% responderam a esta questão aberta afirmando que são "razão da minha existência"; "fazem parte de mim"; "apoiam-nos e ajudam-nos". A Família, como unidade de conduta social mais significativa da sociedade, tem vindo a passar por mudanças consideráveis que tem afectado o desenvolvimento da mesma tanto na sua estrutura, como nas suas funções e interacções internas e externas. Como consequência de tais mudanças, e da emergência de outras formas

familiares, existe dificuldade em definir o conceito de família.

Quando falamos de família não nos podemos cingir a indivíduos ligados por laços de consanguinidade ou casamento. A noção de família engloba todos os grupos cujas relações assentam na confiança, no apoio mútuo e num destino comum.

No que se refere ao exercício físico podemos referir que 55,2% não praticam exercício físico regularmente, apenas 44,8% da amostra é que o referiram. Quanto aos tipos de exercício físico mais frequentes foram idas ao ginásio com 20%, andar de bicicleta com 16,7% e ginástica e cardio-fitness com 10%.

No que diz respeito ao stress, constatámos que a maioria dos enfermeiros (89.6%) referiram que diariamente estão sujeitos a stress e, destes 60 enfermeiros, 46.5% classificaram esse stress com nível 7 ou 8, numa escala de 0 a 10, seguidos de 33.4% que o classificaram com nível 5 ou 6. Verificámos que 56.7% destes enfermeiros indicaram os problemas relacionados com o trabalho como sendo a fonte mais provável do seu nível de stress. Quando questionados acerca do que é que habitualmente fazem para superar estes momentos e/ou níveis de stress, poucos também foram os que responderam a esta questão (5,7%) referindo que "vão até à beira mar"; "ouvir música"; "irem ao cinema" e "dedicam o tempo à família".

No que diz respeito às condições de trabalho, verificámos que 82.1% dos enfermeiros apresentam horário por turnos e que igual percentagem tem obrigatoriamente trabalho nocturno. Para os 55 enfermeiros que tinham este tipo de trabalho o principal impacto na vida pessoal e familiar do trabalho nocturno era a falta de tempo e desencontro (34.5%), seguida da pouca disponibilidade e cansaço (20.0%) e da alteração do ritmo de vida (12.7%).

Os sujeitos quando questionados acerca da importância de iniciativas no âmbito da promoção

da saúde e da qualidade de vida que poderiam ser efectuados no local de trabalho, atribuíram maior importância ao curso de técnicas de relaxamento e gestão do stress e aos workshops sobre gestão do stress e menor importância ao curso de cessação tabágica e aos workshops sobre controlo de hipertensão arterial.

Quanto à preferência pela participação em actividades no âmbito da promoção da saúde e da qualidade de vida se estas fossem efectuadas no HDS, verificámos que os enfermeiros preferem a participação em actividades relacionadas com técnicas de relaxamento, educação postural e gestão do stress. Por outro lado as actividades a que foram atribuídas menor preferência foram as relacionadas com o programa de aconselhamento para a cessação tabágica (PACT) e outras actividades tais como natação e hidroginástica, gestão de conflitos e aconselhamento conjugal

Questionados acerca das práticas que consideram mais importantes para manter uma boa saúde, verificámos que 94.0% dos enfermeiros referiram a alimentação saudável, seguidos de 86.6% que referiram o exercício físico e de 74.6% que indicaram as boas relações com a família. Em sentido oposto, as práticas que os enfermeiros menos referiram como contribuído para manter uma boa saúde foram o consumo moderado do álcool (22.4), o controlo da tensão arterial (26.9%) e o uso do cinto de segurança e de dispositivos de segurança.

Quanto aos benefícios da boa saúde, verificámos que 68.7% concordaram com a afirmação de que as pessoas de boa saúde têm um dia-a-dia mais feliz, 82.1% concordaram com o facto das pessoas de boa saúde serem mais produtivas, 77.6% concordaram com a afirmação de que a saúde melhoraria se mudassem alguns hábitos ou práticas e 73.1% concordaram com o facto da operacionalização de programas de promoção da saúde, pelo HDS, constituiria um benefício profissional considerável.

Quando questionados acerca de como

classificam no geral os seus estilos de vida, 86,6% consideraram como tendo estilos de vida razoáveis.

Em género de conclusão e como principais ideias da caracterização dos estilos de vida dos enfermeiros, do nosso diagnóstico da situação de saúde, podemos concluir que e tendo por base a operacionalização definida para a variável estilos de vida:

- Podemos constatar para os hábitos tabágicos obtivemos resultados compreendidos entre 29 e 88 pontos, sendo a média de 68.55 pontos com desvio padrão de 17.56 pontos. Verificamos ainda que a maioria dos enfermeiros, concretamente 52.2%, obteve pontuações compreendidas entre 75 e 100 pontos e que 50.0% obteve resultados acima de 75 pontos (valor mediano);
- Para os hábitos alcoólicos observámos resultados compreendidos entre 0 e 100 pontos, sendo a média 81.34 pontos com desvio padrão de 31.18 pontos. A maioria dos enfermeiros (70.1%) obteve resultados compreendidos entre 75 e 100 pontos e, pelo menos metade, apresentou a pontuação máxima;
- Na medicação os enfermeiros obtiveram pontuações compreendidas entre 0 e 100 pontos e 74.6% apresentaram resultados compreendidos entre 75 e 100 pontos. O valor médio situou-se nos 75.75 pontos sendo o desvio padrão de 25.36 pontos. Metade dos enfermeiros obteve pontuações superiores a 75.00 pontos;
- Ao nível da alimentação, observamos resultados compreendidos entre 25 e 100 pontos, sendo a pontuação média de 66.98 pontos com desvio padrão de 18.17 pontos. Verificámos também que 49.3% dos enfermeiros obtiveram resultados compreendidos entre 75 e 100 pontos, seguidos de 40.3% para os quais observámos resultados que se situaram entre 50 e 75 pontos. Metade dos enfermeiros obteve pontuações superiores a 62.50 pontos;
- Em termos de hábitos sexuais, verificamos que as

pontuações variaram entre 0 e 100 pontos, sendo a média de 60.90 pontos com desvio padrão de 28.91 pontos. Com resultados compreendidos entre 75 e 100 pontos observámos 37.3% dos enfermeiros e com resultados entre 50 e 75 pontos observámos 31.3%. Verificamos também que metade dos inquiridos obteve resultados iguais ou superiores a 60.00 pontos;

- Para o exercício físico encontramos resultados compreendidos entre 0 e 83 pontos, sendo a média 21.89 pontos com desvio padrão de 26.94 pontos. Verificámos ainda que 56.7% dos enfermeiros obtiveram resultados inferiores a 25 pontos e que pelo menos 50.0% tiveram a pontuação mínima.

No global da quantificação dos estilos de vida observámos resultados compreendidos entre 22 e 81 pontos, sendo a média 60,43 pontos com desvio padrão de 10,49 pontos. A maioria dos enfermeiros, concretamente 82,1% apresentou resultados compreendidos entre 50 e 75 pontos. Com base nestes resultados podemos afirmar que os enfermeiros evidenciaram estilos de vida razoavelmente adequados.

Analisando comparativamente os valores das medidas de tendência central (média e mediana) verificámos que os enfermeiros evidenciaram piores estilos de vida ao nível do exercício físico e melhores estilos de vida em termos de hábitos alcoólicos e alimentação.

#### **BIBLIOGRAFIA (Restrita)**

Collière, M.F. (1989) - Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;

Enricone, D.; Sant'Anna, F.M.; André, L.; Turra, C.M.G. (1988). Planeamento de Ensino e Avaliação. (11ª edição). Porto Alegre: Sagra;

Fortin, M.F. (1999). O Processo de Investigação - da Concepção à Realização. Loures: Lusociência;

Imperatori, E.; Giraldes, M.R. (1993). Metodologias de Planeamento em Saúde. (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;

Lakatos. E. M; Marconi, M. A. (1995). Metodologia do Trabalho Científico. (4ª edição) São Paulo: Atlas;

Navarro, M. F. (1995). Educação para a Saúde e Profissionais de Saúde Comunitária. Revista Portuguesa de Saúde Pública. (4), p. 77-83;

OMS. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento. (1985). As Metas de Saúde para Todos. Metas da Estratégia Regional Europeia de Saúde Para Todos. Lisboa: Bureau Regional da Europa da OMS;

Ordem dos Enfermeiros (2002). Divulgar. Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (1997). Saúde um Compromisso – Estratégia para o Virar do Século (1998-2002). Lisboa, Autor;

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde (2004-2010). Orientações Estratégicas para 2004-2010. Mais Saúde para Todos. Lisboa, Autor, pp. 56-62.

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Sinais Vitais publica artigos sobre a área disciplinar de enfermagem, de gestão, educação, e outras disciplinas afins. Publica também cartas ao director, artigos de opinião, sínteses de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação e cuja pertinência e rigor técnico e científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico. A Revista Sinais Vitais publica ainda entrevistas, reportagem, notícias sobre a saúde e a educação em geral.

A Publicação de artigos na Revista SIN AIS VIT AIS dependerá das seguintes condições:

1. Serem originais e versarem temas de saúde no seu mais variado âmbito;
2. Ter título e identificação do (s) autor (es) com referência à categoria profissional, instituição onde trabalha, formação académica e profissional, eventualmente pequeno esboço curricular e forma de contacto;
  - 2.1. Os autores deverão apresentar uma declaração assumindo a cedência de direitos à Revista Sinais Vitais;
3. Ocupar no máximo 6 a 8 páginas A4, em coluna única, tipo de letra Arial 11, versão Microsoft Word 2003, ou OpenDocument Format (ODF).
4. Serem acompanhadas de fotografia do (s) autor (es), podendo ser do tipo passe ou mesmo outra;
5. Terão prioridade os trabalhos gravados em CD ou submetidos por e-mail acompanhados de fotografias, ilustrações e expressões a destacar do texto adequadas à temática. As fotografias de pessoas e instituições são da responsabilidade do autor do artigo. Os quadros, tabelas, figuras, fotografias e esquemas devem ser numerados e a sua legenda deve ser escrita numa folha e de fácil identificação;
6. Os trabalhos podem ou não ser estruturados em capítulos, sessões, introdução, etc.; preferindo formas adequadas mas originais.
  - 6.1. Devem obrigatoriamente ter lista bibliográfica utilizando normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP405-1(1994);
  - 6.2. Todos os trabalhos deverão ter resumo com o máximo de 80 palavras e palavra-chave, que permitam a caracterização do texto;
  - 6.3. Os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua inglesa.
7. São ainda aceites cartas enviadas à direcção, artigos de opinião, sugestões para entrevistas e para artigos de vivências, notícias, assuntos de agenda e propostas para a folha técnica, que serão atendidas conforme decisão da Direcção da Revista.
8. A Direcção da revista poderá propor modificações, nomeadamente ao nível do tamanho de artigos;
9. As opiniões veiculadas nos artigos são da inteira responsabilidade dos autores e não do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da Revista Sinais Vitais, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.
  - 9.1. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista e só poderão ser reproduzidos com autorização desta;
10. A selecção dos artigos a publicar por número depende de critérios da exclusiva responsabilidade da Revista Sinais Vitais e bem assim, a decisão de inclusão do artigo em diferentes locais da revista;
11. Somente se um autor pedir a não publicação do seu artigo antes de este estar já no processo de maquetização, é que fica suspensa a sua publicação, não sendo este devolvido;
12. Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da Revista Sinais Vitais.
  13. Os trabalhos não publicados não serão devolvidos, podendo ser levantados na sede da Revista.
  14. Os trabalhos devem ser enviados para [suporte@sinaisvitais.pt](mailto:suporte@sinaisvitais.pt)