



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº 13 SÉRIE 2 - NOVEMBRO 2015

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

PAULO JOAQUIM PINA QUEIRÓS

7

IMPACTO EMOCIONAL DA FERIDA CRÓNICA NA VIDA DO DOENTE: CONTRIBUTO PARA A COMPREENSÃO DO PROCESSO RELACIONAL DO DOENTE COM FERIDA CRÓNICA POR ÚLCERA VARICOSA

EMOTIONAL IMPACT OF CHRONIC WOUND IN THE LIFE OF THE SICK: CONTRIBUTION TO UNDERSTANDING THE RELATIONAL PROCESS OF THE PATIENT WITH VARICOSE ULCERS

IMPACTO EMOCIONAL DE LAS HERIDAS CRÓNICAS EN LA VIDA DEL ENFERMO: CONTRIBUCIÓN A LA COMPRENSIÓN DEL PROCESO RELACIONAL DEL PACIENTE CON ÚLCERA VARICOSA.

José Manuel de Matos Pinto

9

O ADOLESCENTE COM ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA. ESTUDO DE UM QUADRIÊNIO

THE ADOLESCENT WITH BEHAVIORAL CHANGES IN THE EMERGENCY ROOM. STUDY OF A FOUR-YEAR PERIOD

EL ADOLESCENTE CON CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE EMERGENCIAS. ESTUDIO DE UN PERÍODO DE CUATRO AÑOS

Maria Edite Trinco; José Carlos Santos

18

ESTUDO RN4CAST EM PORTUGAL: AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

RN4CAST STUDY IN PORTUGAL: NURSING PRACTICE ENVIRONMENTS

ESTUDIOS METASÍNTESIS SOBRE LIDERAZGO DE ENFERMERÍA EN PORTUGAL

ÉLVIO HENRIQUES DE JESUS; SOFIA MARIA BORBA ROQUE; ANTÓNIO FERNANDO SALGUEIRO AMARAL

26

IDENTIDADE PROFISSIONAL, HISTÓRIA E ENFERMAGEM

PROFESSIONAL IDENTITY, HISTORY AND NURSING

IDENTIDAD PROFESIONAL, HISTORIA Y ENFERMERÍA

PAULO JOAQUIM PINA QUEIRÓS

45

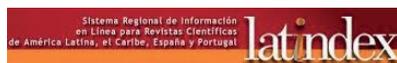
REVISÃO SISTEMÁTICA DE DETERMINANTES DE VACINAÇÃO ANTIGRIPE NA POPULAÇÃO ADULTA

SYSTEMATIC REVIEW OF INFLUENZA VACCINATION'S DETERMINANTS ON ADULT POPULATION

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS DETERMINANTES DE LA VACUNACIÓN DE LA INFLUENZA EN LA POBLACIÓN ADULTA

ANTÓNIO MOSTARDINHA; SARA LOMELINO-FREIRE

55



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Luis Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada);

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWES

Aida Cruz Mendes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Arménio Guardado Cruz, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Célia Samarina Vilaça Brito Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

Élvio Henrique de Jesus, PhD, *Centro Hospitalar do Funchal*

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS.*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Marta Lima Basto, PhD, *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem*

Paulino Artur Ferreira de Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Pedro Miguel Diis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Teresa Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Propriedade e Administração/Ownership

Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Internet - www.sinaisvitais.pt/ E-mail - suporte@sinaisvitais.pt

Grafismo/Graphic Design - Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

1 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é uma publicação periódica trimestral, vocacionada para a divulgação da investigação em Enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

2 - A *Revista Investigação em Enfermagem* destina-se aos enfermeiros e de uma forma geral a todos os que se interessam por temas de investigação na saúde.

3 - A *Revista Investigação em Enfermagem* tem uma ficha técnica constituída por um director e um Conselho Científico, que zelam pela qualidade, rigor científico e respeito por princípios éticos e deontológicos.

4 - A *Revista Investigação em Enfermagem* publica sínteses de investigação e artigos sobre teoria de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação da revista e cuja pertinência e rigor científico tenham o reconhecimento do corpo de revisores científicos (*peer reviews*) constituídos em Conselho Científico.

5 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é propriedade da Formasau - Formação e Saúde, Lda, entidade que nomeia o director. O Conselho Editorial é composto pelo director e por outros enfermeiros de reconhecido mérito, competindo-lhes a definição e acompanhamento das linhas editoriais.

EDITORIAL

Investigar História da Enfermagem

A História da Enfermagem tem sido objecto de atenção crescente por parte de profissionais, curiosos, e investigadores. O interesse por conhecer o passado relacionado com uma actividade profissional ou o passado de uma actividade profissional é em si objecto de curiosidade e de interesse declarado.

Qualquer que seja a atitude de partida, convirá que o reportar do passado, a sua compreensão, a leitura que hoje fazemos do mesmo, as ilações que possam daí advir para a compreensão do presente, sejam construídas com objectividade e rigor. Ou seja, que a reconstrução do passado e as suas leituras não sejam fragmentadas, descontextualizadas, imbuídas de subjectividade e ou de presentismo, influenciadas por intuítos laudatórios, manipuladas em função de finalidades marcadamente ideológicas.

Investigar a História e Enfermagem é um processo de construção, cujo caminho assenta em princípios e condutas, metodologias, bem definidas, que podem ser explicadas e por isso sujeitas à validação de pares. Sendo uma construção feita individualmente ou por equipas, a sua narração comporta sempre aspectos descritivos subjectivos, fruto da capacidade dos investigadores imaginarem o passado, de serem interpretativos e de construírem interpretações, mas assente sempre em dados objectivos – as fontes, ela mesmo sujeitas a crítica.

A investigação em História da Enfermagem em Portugal tem nos últimos tempo dado sinal de vida e de vida vigorosa, não deixando no entanto de estar a dar os primeiros passos naquilo que é a produção de elevado nível académico e de grande rigor. Tem surgido teses de doutoramento, até á data cerca de uma dezena, e algumas dezenas de artigos publicados em periódicos científicos. Importa referir que neste desenvolvimento recente têm um papel importante as duas sociedades científicas que neste âmbito surgiram em Portugal: a Associação Nacional de História de Enfermagem (ANHE) e a Sociedade Portuguesa de História de Enfermagem (SPHE).

Em Unidades de Investigação, creditadas pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), como seja por exemplo a UICISA-E (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, alocada na ESEnfC), foi criado um projecto estruturante “História e Epistemologia da Saúde e Enfermagem” que comporta equipas internacionais, a trabalhar no projecto central “Visibilidade e invisibilidade de Enfermeiros e Enfermagem – da Monarquia Constitucional à Primeira República”, e com estudos associados como sejam: “Comportamentos e Significados do Cuidar em Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem Portugueses e Espanhóis”; “Cuidar em Enfermagem: Cyborgs, Biotecnologias e cuidados digitais”; “Inquisición: Cultura popular y formal de los cuidados. Religión, medicina y cuidados (partera, curandera, hechicera)”; “Significados do Cuidar”, começando a dar fruto, com estágios de estudantes internacionais de pós-doutoramento e de doutoramento, artigos submetidos e publicados, comunicações nacionais e internacionais produzidas.

A História da Enfermagem mexe. A História da Enfermagem em Portugal está a ser trabalhada ao mais alto nível, e bem precisamos para colmatar atrasos, sobretudo quando comparamos com outros parceiros de outras latitudes. Importa investigar mais e divulgar mais, o que permite três reflexões.

Uma primeira refere-se ao estudo de metodologias próprias da história, sem facilitismos. Importa conhecer estudando, as metodologias próprias da investigação histórica, da análise e tratamento de fontes, da construção do raciocínio interpretativo histórico, das suas técnicas, da linguagem específica desta área de saber, das formas de construção de sínteses narrativas, interpretativas, e conclusivas. Neste ponto o trabalho em equipa com historiadores de raiz e outros cientistas sociais será um bom caminho.

Por outro lado, considerar e ter presente, permanentemente, que fins laudatórios ou justificativos, bem como as construções interpretativas em função de finalidades implícitas ou mesmo explícitas, não são construções próprias da investigação histórica, mas algo mais perto da manipulação do passado com fins ideológicos. O estudo da história como ciência, aludido no ponto anterior, ajudará a obviar estes aspectos. A própria manipulação histórica é objecto do estudo da história.

Uma última reflexão prende-se com a particularidade da elaboração de artigos síntese da investigação histórica. Estes, não tem de seguir grelhas e formatos da divulgação da informação em forma de artigo que se encontra padronizada para a investigação científica da área das ciências da saúde. Este facto é relevante, pois constitui motivo de recusa de artigos de investigação histórica em muitas revistas na área de enfermagem e da saúde.

Alegra-nos perceber o interesse nascente por estas áreas, e constatar que há tanto para fazer, desde logo começando pelas questões mais básicas de estudo, tratamento, organização, análise crítica e sistematização de fontes.

A História da Enfermagem em Portugal, encarada como actividade de investigação, científica, tem um brilhante caminho pela frente, à que desbravar com pés seguros.

Paulo Joaquim Pina Queirós

O IMPACTO EMOCIONAL DA FERIDA CRÓNICA NA VIDA DO DOENTE: CONTRIBUTO PARA A COMPREENSÃO DO PROCESSO RELACIONAL DO DOENTE COM FERIDA CRÓNICA POR ÚLCERA VARICOSA

José Manuel de Matos Pinto⁽¹⁾



Resumo

O presente estudo explora o impacto emocional da ferida crónica por úlcera varicosa no doente. O estudo é baseado numa metodologia qualitativa com uma pequena amostra de doentes. Os principais resultados são que os doentes promovem uma personificação da ferida com ou sem conflito. O sentimento de perda e o processo de luto instalado revelam como é necessário reconstruir a imagem corporal e como este processo instala alterações de vida físicas, emocionais e de conduta. A ferida por úlcera varicosa promove, para além as alterações físicas, mudanças emocionais, comportamentais e de imagem corporal.

Palavras-chave: emoções, imagem corporal, sentimento de perda, processo de luto, conflito, personificação

Abstract

EMOTIONAL IMPACT OF CHRONIC WOUND IN THE LIFE OF THE SICK:

CONTRIBUTION TO UNDERSTANDING THE RELATIONAL PROCESS OF THE PATIENT WITH VARICOSE ULCERS

The present study explores the emotional impact of chronic varicose ulcer wound by the patient. The study is based on a qualitative methodology with a small sample of patients. The main results are that patients promote a personification of the wound with or without conflict. The sense of loss and the mourning process installed reveal how to rebuild the body image and how this process installs updates to physical, emotional life and conduct. The varicose ulcer promotes wound, beyond the physical, emotional changes, behavioral and body-image changes.

Keywords: *emotions, body image, sense of loss, the grieving process, conflict, personification*

Resumen

IMPACTO EMOCIONAL DE LAS HERIDAS CRÓNICAS EN LA VIDA DEL ENFERMO: CONTRIBUCIÓN A LA COMPRESIÓN DEL PROCESO RELACIONAL DEL PACIENTE CON ÚLCERA VARICOSA.

Este estudio explora el impacto emocional de la úlcera varicosa crónica de la herida por el paciente. El estudio se basa en una metodología cualitativa, con una pequeña muestra de pacientes. Los principales resultados son que los pacientes promueven una forma de realización de la herida con o sin conflicto. La sensación de pérdida y el proceso de duelo instalada revelan cómo reconstruir la imagen del cuerpo y cómo este proceso instala actualizaciones para la vida y la conducta emocional físico. La úlcera varicosa promueve la herida, más allá de las alteraciones físicas, emocionales, de comportamiento y cambios de la imagen corporal.

Palabras clave: *emociones, imagen corporal, sensación de pérdida, proceso de duelo, conflicto, personificación*

Rececionado em outubro 2015. Aceite em novembro 2015

⁽¹⁾ Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; PhD em Psicologia Clínica; Psicoterapeuta, Membro Fundador da Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas instalam uma rutura no sentimento da continuidade do existir e na área de ilusão (Winnicott, 2000) que nos permite perceber melhor os contornos da dor, do sofrimento e da doença crónica. Esta e a dor subjacente lançam o indivíduo num verdadeiro labirinto sem saída que o encerra num pensamento circular que, se não for ultrapassado, o torna refém dum sentimento onde prevalece (Bowlby, 1993a; Labott, Sanjabi, Jenkins, & Iannuzzi, 2001) e o crescente desencontro com os seus significativos e consigo mesmo, nomeadamente com o cônjuge (Martire, Schulz, Helgeson, Small, & Saghafi, 2009).

A condição de ser doente crónico, introduz a necessidade de integrar este novo estado no dia a dia vivencial, obrigando para isso a elaborar a perda de um corpo saudável (Pinto & Queirós, 2013) e a aceitar e potencializar, paradoxalmente, as capacidades para uma vida mais saudável dentro das dificuldades impostas pela doença.

O estudo do impacto emocional da ferida crónica por úlcera varicosa nos doentes apresenta-se, em nosso entender, como um aspeto central na compreensão e na construção duma relação terapêutica com os mesmos. A instalação deste tipo de doença crónica provoca uma alteração relacional do doente consigo, com o meio circundante e com a própria ferida. O adoecer corporal esconde, muitas vezes, os aspetos emocionais que se podem mobilizar sempre que uma doença crónica se instala. A relação com pessoas acometidas de diferentes doenças crónicas, possibilitam considerar que os aspetos emocionais colocados em jogo são umas vezes convergentes e outras divergentes em função da doença.

Na doença crónica, decorrente de úlceras varicosas, existem, decerto especificidades que importa clarificar e salientar pois, a sua compreensão permitirá: 1) uma clara despistagem diagnóstica da relação doente-doença no aqui e agora; 2) discriminar os padrões de resposta e o patamar de desenvolvimento em que o doente se encontra; 3) perceber como os doentes lidam com a perda e com o luto decorrente da doença crónica por úlcera varicosa 3) esboçar a construção de

uma relação terapêutica baseada nas evidências; 4) construir uma área de encontro entre os profissionais cuidadores e o doente.

METODOLOGIA

No presente estudo pretendemos explorar, compreender e categorizar as respostas do doente com ferida crónica por úlcera varicosa, bem como esboçar modalidades efetivas de comunicação que potenciem a adesão aos cuidados necessários à minimização dos riscos existentes. Fazemos um estudo qualitativo, tendo entrevistado seis doentes num Centro de saúde da região centro, a partir de entrevista semiestruturada, utilizando a técnica de categorização de Bardin (2009). Para a realização da investigação houve autorização e colaboração do Centro de Saúde na recolha da amostra. Todos os entrevistados deram o seu conceito informado e concordaram com a realização das entrevistas, tendo sido respeitado os aspetos éticos da entrevista, destruído o material recolhido após a sua utilização, tendo-se garantido o anonimato dos participantes no estudo.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

As feridas crónicas, provocadas por úlcera varicosa, têm na sua génese perturbações circulatórias e má perfusão sanguínea que expõem e vulnerabilizam o seu portador a acidentes que os podem fragilizar ainda mais posteriormente (Abade & Lastória, 2006; Silva, Freitas, Jorge, Moreira, & Alcântara, 2009) ; Aldunate, Isaac, Ladeira, Carvalho, & Ferreira, (2010)). «As úlceras venosas são lesões crónicas associadas com hipertensão venosa dos membros inferiores e correspondem a um percentual que varia aproximadamente de 80 a 90% das úlceras encontradas nos membros inferiores» (Silva et al. 2009, p.890). Os resultados encontrados permitem perceber que as colisões com as pernas e os acidentes são o principal motivo relatado para o aparecimento da ferida, podendo dizer-se que os traumatismos físicos nos membros inferiores (Abade & Lastória, 2006) estão na base delas:

[2] isto apareceu com uma pancada na perna de um banco a fugir do meu marido

[3] eu parti as pernas num acidente de trabalho

ou mesmo o seu reaparecimento:

[1] andava 15 dias sem ter nada mas lá vinha a tal pancada que estragava a barraca toda

Tabela 1 – Traumatismos físicos e a ferida crónica provocada por úlcera varicosa

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
Traumatismos físicos	Colisão/acidente	[1] andava 15 dias sem ter nada mas lá vinha a tal pancada que estragava a barraca toda [2] isto apareceu com uma pancada na perna de um banco a fugir do meu marido [3] eu parti as pernas num acidente de trabalho

Em consequência dos traumatismos físicos resultantes em feridas provocadas por úlcera varicosa parecem instalar-se uma série de sentimentos de vulnerabilidade e um sofrimento acrescido

[1] eu batia com a perna e lá vinha a ferida sempre

[3] quando elas doem é esquisito aguentar [4] tenho tanta dor, o pé fica frio

Por outro lado, parece instalar um temor de rejeição que desvela uma dificuldade relacional acrescida onde o outro é visto como potencial “rejeitante” do doente

[3] vai-se fazendo...mas com os outros não é fácil

[5] o único medo que tenho é ser rejeitado por qualquer pessoa rejeição

Os doentes podem ainda manifestar ressentimento com o que lhe sucedeu ou mesmo com a sua condição atual em que se sentem diminuídos e entregues à sua desventura, manifestando zanga e/ou inibição de sentimentos:

[2] eu não me zango, eu é só sapos, é só engolir

[3] se me tivessem operado em vez de andar 9 meses com um aparelho de gesso

Vulnerabilidade/sofrimento, temor de rejeição e ressentimento são, pois, as consequências psicológicas que inscrevem uma nova

representação de si e que o obriga a repensar-se na relação com os outros, com o meio ambiente e consigo próprio (Tabela 2)

Tabela 2 – Consequências psicológicas dos doentes com ferida crónica provocada por úlcera varicosa

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
Consequências psicológicas	Vulnerabilidade/ Sofrimento	[1] eu batia com a perna e lá vinha a ferida sempre [3] quando elas doem é esquisito aguentar [4] tenho tanta dor, o pé fica frio
	Temor de rejeição	[3] vai-se fazendo...mas com os outros não é fácil [5] o único medo que tenho é ser rejeitado por qualquer pessoa
	Ressentimentos	[2] eu não me zango eu é só sapos é só engolir [3] estou zangado, se me tivessem operado em vez de andar 9 meses com um aparelho de gesso

Percebe-se também que existe um desencontro manifesto entre doente e doença, isto é, com conflito expresso (Tabela 2):

[2] é mesmo mau estar que ela faz...é um morder, uma luta que não há estar

[5] tenho alturas de vir três vezes quando elas andam assanhadas

[5] as varizes começaram a atacar muito cedo

Ambas as formas de dissociação atribuem às feridas uma subjetivação que importa atender aquando do processo relacional estabelecido entre profissional cuidador e doente (Tabela 3).

Tabela 3 – A personificação/subjetivação da ferida crónica provocada por úlcera varicosa feita pelo doente

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
Personificação /subjetivação da ferida	Dissociação sem conflito expreso	[1] queria ver aquilo sarado [2] é um mal estar que ela faz [3] quando elas doem é esquisito aguentar
	Dissociação com conflito expreso	[2] é mesmo mau estar que ela faz...é um morder, uma luta que não há estar [5] tenho alturas de vir três vezes quando elas andam asanhadas [3] as varizes começaram a atacar muito cedo

Este mecanismo de defesa (clivagem/dissociação) tem por base um sentimento de perda (Tabela 4). Esta parece ganhar um lugar central na instalação desta doença crónica pois o doente afere, a par e passo, o que era e já não é:

- [1] eu pensava que tinha que parar um bocado
- [3] eu andava nos matos e nas terras
- [5] eu era uma pessoa que gostava de andar descalça, não me cansavam as pernas
- [6] evito fazer isso porque a perna começa a inchar

O processo de perda parece ser acompanhado por outros mecanismos que se instalam no doente em processos de luto (Kübler-Ross, 1996). Esta parece instalar um complexo dinâmico de vai e vem que poderá conduzir à “aceitação” da sua nova condição, ou melhor, da sua nova imagem corporal. As defesas e o processo de luto assumem uma posição central nestes doentes e no modo como eles dialogam com as suas feridas.

A negação enquanto processo e defesa realça o intolerável das perdas e os processos de acting-out que se podem instalar:

- [1] via os outros a jogar e queria ir jogar e lá vinha um pontapé
- [3] um gajo bebia e já nem sabia o que fazia ou o simples isolamento do afeto que leva à concretude da expressão:
- [4] sinto que não mudou nada, só sinto que me dói graças a Deus

Tabela 4 – A perda sentida pelo doente com ferida crónica provocada por úlcera varicosa

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
Perda	Sentimento de perda	[1] eu pensava que tinha que parar um bocado [3] eu andava nos matos e nas terras [5] eu era uma pessoa que gostava de andar descalça, não me cansavam as pernas [6] evito fazer isso porque a perna começa a inchar

Este sentimento de perda parece mobilizar uma paleta de mecanismos de defesa relacionados com o processo de luto. Esta pode consistir em negar a realidade, remetendo-nos para a ilusão da cura que desvela aceitação parcial com nova fuga que remete, de novo, o doente para o intolerável da perda:

- [4] eu penso em ficar boa e fazer a minha vida
- [6] eu só penso em curar-me, seguir os tratamentos à risca

Outro processo mais evoluído de relação com a perda e o luto instalado é a revolta/zanga que pode apresentar-se direta:

- [2] há aqui uma revolta que com o tempo tem sido pior
- [3] estou zangado...

Pode também aparecer a par de outros sentimentos, nomeadamente, o sentimento de

desamparo:

[4] dizem-me que tenho que parar mas não tenho quem me faça nada

Outra forma de expressão é a de resignação, na qual o doente “aceita” a inevitabilidade da nova condição, ou seja, a aceitação da nova imagem corporal e das suas implicações. Pelas expressões parece haver uma certa capitulação, um vergar à evidência que se afasta da plena aceitação de um facto:

[2] não haver condições de se livrar isto

[3] não há outro remédio vai-se aguentando

[4] tenho que lidar com isto

[5] já me conformei com isto e é com isto que tenho que viver

Podemos, então dizer que os doentes apresentam uma paleta de mecanismos de defesa e de processos para lidarem com as perdas, podendo usá-los alternadamente. Esta alternância no uso dos mecanismos de defesa mostra a complexidade do processo e a instabilidade emocional que a doença instala, quer ao nível do sentimento de perda quer do processo de luto e da internalização da nova imagem corporal e das limitações impostas por esta doença.

Por outro lado, o processo que acabamos de descrever provoca alterações de vida relativas ao modo como os doentes se percebem, representam e conduzem. Estas alterações são de

três tipos, a saber: as físicas, as emocionais e as da própria conduta.

As alterações de vida de natureza física revelam como o aparecimento destas feridas altera o dia-a-dia dos doentes, destacando-se a dor, a perda de forças ou mesmo as consequências que a dor pode implicar, parecendo ficar a ideia dum estado defensivo onde o doente espera sempre pelo pior e revelando ter grande atenção aos sinais:

[1] havia dias em que isto me doía muito

[2] agora... não há forças para nada

[4] começa a doer e depois rebenta

As alterações emocionais parecem ocupar o espaço mental do doente, confirmando a paradoxalidade que esta doença instala dentro de si, com sentimentos contraditórios e um incómodo grande no dia-a-dia:

[1] andava sempre incomodada

[3] quando penso o que hei de fazer é muito complicado

[4] isto incomodava-me porque andava com dificuldade

Por fim aparecem as alterações da conduta onde se realça o aspeto restritivo desta doença na vida dos doentes, implicando uma alteração das suas rotinas diárias:

3) eu bebia , agora não...

[5] agora tenho que me sentar que as perna

Tabela 5 – As defesas e o processo de luto feita pelo doente com ferida crónica provocada por úlcera varicosa

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
Defesas face à doença	Negação	[1] via os outros a jogar e queria ir jogar e lá vinha um pontapé [3] um gajo bebia e já nem sabia o que fazia
	Ilusão da cura	[4] eu penso em ficar boa e fazer a minha vida [6]eu só penso em curar-me, seguir os tratamentos à risca
	Revolta/zanga	[2] há aqui uma revolta que com o tempo tem sido pior [3]estou zangado... [4] dizem-me que tenho que parar mas não tenho quem me faça nada
	Resignação	[2] não haver condições de se livrar isto [3]não há outro remédio vai-se aguentando [4] tenho que lidar com isto [5] já me conformei com isto e é com isto que tenho que viver

ficam dormentes

[1] comecei a ir ao médico

[2] deixei de trabalhar...

Tabela 6 – As alterações de vida feita pelo doente com ferida crónica provocada por úlcera varicosa

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
Alterações de vida	Alterações físicas	[1] havia dias em que isto me doia muito [2] agora... não há forças para nada [4] começa a doer e depois rebenta
	Alterações emocionais	[1] andava sempre incomodada [3] quando penso o que hei de fazer é muito complicado [2] isto incomodava-me porque andava com dificuldade
	Alterações da conduta	[3] eu bebia, agora não... [5] agora tenho que me sentar que as pernas ficam dormentes [1] comecei a ir ao médico (...) [2] deixei de trabalhar...

Em síntese verificamos que um dos padrões mais comuns é a personificação/subjetivação da ferida decorrente de um processo de dissociação (com/sem conflito) onde a ferida é tratada como um sujeito com vida própria que se opõe e/ou impõe ao doente. Por outro lado, os doentes realçam as alterações de vida decorrentes de alterações emocionais, físicas e da conduta. Os doentes utilizam uma paleta variada de defesas (negação; revolta/zanga; sentimento de perda; resignação). Quanto à origem da patologia, esta tem origem predominantemente em traumatismos físicos (colisão/acidente), havendo como consequência o temor de rejeição e a instalação de ressentimentos.

DISCUSSÃO

Importa, então, perspetivarmos os resultados encontrados e ensaiando um modelo teórico-

conceptual acerca dos mesmos. Para isso faremos um enquadramento teórico dos resultados construindo eixos compreensivos e perspetivando implicações comunicacionais com estes doentes crónicos. Perspetivamos, pois, três grandes eixos a partir dos quais tentamos dar um sentido integrativo aos resultados encontrados no estudo exploratório, a saber:

O indivíduo e a doença crónica;

As alterações provocadas pela doença: As defesas mobilizadas e o processo regressivo do doente;

As consequências psicológicas da doença.

Começaremos, portanto pelos aspetos individuais e a sua relação com a doença crónica.

O indivíduo e a doença crónica

A doença crónica instala uma situação de risco que envolve o doente e o “obriga” a equacionar o seu projeto de vida, pois, com maior ou menor ênfase, podemos dizer que o que foi não volta a ser. Teesson et al. (2011) defendem que os transtornos afetivos e de ansiedade foram mais comuns entre as pessoas com condições físicas de doença crónica do que entre as pessoas sem condições físicas de doença crónica (afetivo OR 1,5; ansiedade OR 1.8). Por outro lado, a doença crónica pode instalar um processo de perda que apela à elaboração de um luto, no caso vertente, pelo corpo saudável (Pinto & Queirós, 2013). Este luto pelo corpo saudável é uma entidade múltipla, a saber:

Um sinal (indica que algo não está bem e/ou em conformidade na pessoa, pois instala uma fala verbal/corporal dissonantes)

Um processo relacional

Uma expressão de afeto (indica o(s) sentimento(s) da pessoa)

Um processo de pensamento: baseado no princípio do prazer/desprazer

Por outro lado sabemos que a diabetes, a asma, a artrite reumatoide ou mesmo a hipertensão arterial são doenças crónicas mas mobilizam, pela sua especificidade, discursos diferentes e apropriações diferenciadas pelos seus portadores daquelas que os doentes com úlcera varicosa manifestam. Estes doentes estabelecem com a sua doença crónica uma dinâmica relacional a que os profissionais

cuidadores devem estar atentos. É comum escutar um doente asmático falar “da minha asma” mas já não é tão comum ouvir um doente dizer a “minha sida”, por exemplo.

Qualquer doença crónica impõe ao seu sujeito um processo de luto pelo corpo saudável que, como qualquer luto (Bowlby, 1993b; Kübler-Ross, 1996; Pinto, Almeida, & Antunes, 2013) tem um percurso que desembocará num enlace resolutivo ou numa cristalização patológica com a perda que envolve, habitualmente, os patamares de resolução do luto adaptados de Elizabeth Kubler Ross (1996) - negação, revolta, negociação, depressão e aceitação - considerando nós que é mais apropriado chamar tristeza há etapa “depressão”, por entendermos que a depressão se apresenta como sintoma, enquanto a tristeza se apresenta como um sentimento indicador duma aceitação resolutive ou num outro dizer as respostas tipificadas por Bowlby (1993a,1993b) face à perda, a saber: protesto, desespero e desapego. Daqui podemos deprender que um mau desenlace poderá levar a um desligamento que colocará em risco o doente por comportamento negligente e/ou agressivo em relação à ferida.

A negação é, para além do primeiro patamar de resolução de um luto, um processo defensivo básico que nos coloca do ponto de vista mental, face a um vivido limite e intolerável para o sujeito. É comum que, perante a morte de um ente querido, se escute a pessoa a dizer “isto não está a acontecer” ou “isto não é verdade”. A estranheza do momento instala um vivido da ordem do intolerável, por ser estranho e inaceitável. Nos lutos a pessoa ao negar a evidência rejeita o real por sentir interiormente que este é intolerável; que este é uma experiência limite. O doente é como se quisesse dizer “Se eu não tolero o real então ele não existe”. Estes vividos de negação podem perdurar no tempo e serem observados muitos anos depois da ocorrência do acontecimento.

As alterações provocadas pela doença: As defesas mobilizadas e o processo regressivo do doente

A doença parece instalar uma rutura no sentimento de continuidade do existir (Winnicott, 2000; Pinto, 2013) que parece colocar em questão

o conceito de imagem corporal do doente que se vê mais vulnerabilizado e/ou mesmo rejeitado. A sua relação com o outro e consigo mesmo parece alterar-se de forma incisiva. Pensar a ferida e o corpo parecem tornar-se uma e a mesma vivência, que preenchem o dia-a-dia do doente. Se, por um lado, o doente pode dissociar a ferida, ela passa a impor o seu ritmo e as suas limitações. Mesmo quando o doente a “esquece” ela faz-se lembrar, sempre que o doente a negligencie. Parece poder instalar-se um conflito de dupla faceta: interna e externa.

A faceta interna mostra como o doente retorna a mecanismos de defesa mais primitivos e precoces onde a negação e a dissociação predominam na mente do doente. O conflito externo instala um maior ou menor desencontro com o outro relativo à sua aceitação/rejeição. A imagem corporal alterada desvela-se na relação com o outro onde o incómodo e o temor de rejeição podem matizar as relações do doente com os outros.

A doença questiona os alicerces narcísicos do doente e abala a sua autoestima podendo o recalcado psíquico permanecer estranho ao consciente e ao próprio Eu (Freud, 1914/1989), deixando entrever uma luta conflitual entre os vários sentidos do eu que conferem a nossa complexidade humana e originam a autoestima individual.

Neste sentido, Freud considera que a «autoestima expressa o tamanho do ego (...) tudo o que a pessoa possui ou realiza [e que] todo o remanescente do sentimento primitivo de onipotência que a sua experiência tenha confirmado, ajuda-a a aumentar a autoestima» (...) e [que esta] depende intimamente da libido narcisista» (idem, p.115), atribuindo, como atrás expressámos um papel fundamental à libido do ego que é estruturante do indivíduo e da sua abertura saudável ao mundo que o rodeia. Em síntese, Freud considera que a autoestima tem três fontes:

Uma parte da autoestima é primária (...) é o resíduo do narcisismo primário

Decorre da onipotência corroborada pela experiência (realização do ideal do eu)

Provém da satisfação da libido objetal

A alteração da imagem corporal e, conseqüentemente, da autoestima do sujeito

parecem ser ao aspetos centrais que se vão instalando no doente crónico com úlcera varicosa.

A confirmação das limitações pelo real circundante e o conflito que se instala na relação interna e relacional com o luto pelo corpo saudável a realizar pelo doente aparecem vertidos em queixas e/ou negações simples que vulnerabilizam o sujeito a seus próprios olhos e o fazem regredir a modelo funcionais onde prevalecem a negação e a clivagem.

Os pacientes utilizam então uma paleta de defesas que potencialmente possibilitem a aceitação da perda do corpo saudável. Até à sua aceitação potencial instalam-se defesas por negação do seu estado de saúde e clivagem do seu ego para tolerarem o seu sofrimento, chegando a utilizar a ilusão de cura que colide com uma realidade insidiosa. Estas defesas levam a que a ferida seja tratada como uma entidade exterior, estranha e agressora. Assim, esta leitura da realidade instala um conflito entre o doente e a ferida, que dificulta a adesão às terapêuticas adequadas para minimizar as intercorrências que agravem a ferida e diminuam a qualidade de vida dos doentes.

Após estas defesas po negação e/ou clivagem,, que podem ser prolongadas no tempo, aparecem a revolta e a zanga com a situação a que a ferida conduziu o doente. A agressividade vertida nos comportamentos clarifica uma luta, que até aqui era interna e que agora aparece externalizada na relação. Só a transformação da angústia subjacente, numa relação intersubjetiva que confirme o doente e o seu sofrimento, por um lado, e que o confronto com as suas limitações muitas vezes negadas, por outro lado, abrem caminho à expressão necessária da revolta pela perda e da relação com um luto que percorre o caminho para a sua “resolução”. Esta manifesta-se através da resignação que, em nosso entender, difere da aceitação pois o reinvestimento relacional e afetivo que ocorre com a resolução do processo de luto normal parece ficar aqui comprometido. A resignação parece ser um meio caminho da aceitação onde o conflito parece diminuir mas o desconforto continua a persistir no doente.

As consequências psicológicas da doença

A úlcera varicosa, como muitas outras enfermidades físicas, encerram em si uma série de questões psicológicas que, como vimos, envolvem a imagem corporal e que desconstroem a autoestima do indivíduo, construída a pulso na sua relação com a realidade confirmante e com o seu mundo internalizado. A doença questiona também o alicerce narcísico do sujeito, deixando-o muitas vezes sem saber quem é e o que pode fazer. O que era certo torna-se questionável ou uma área de estranheza difícil de integrar no ego, percebendo-se melhor porque é que os doentes dissociam as feridas por úlcera varicosa, considerando-as muitas vezes um agressor externo que “não lhes pertence”. O trabalho de integração da ferida por úlcera varicosa no ego do sujeito é, pois, uma necessidade terapêutica que facilitará a aceitação de um ego realista que assuma a doença e as intervenções terapêuticas empreendidas pelos profissionais de saúde.

De outra forma podemos enunciar que a integração da ferida num ego funcionante torna-a parte integrante do sujeito e, por isso, mais mobilizável terapêuticamente do que pensar a ferida como um “estranho agressor” que “estraga” a vida da pessoa.

CONCLUSÕES

O aparecimento da ferida (úlceras varicosas) instala uma rutura no sentimento da continuidade do existir (Winnicott, 2000; Pinto, 2013) que potencia a dissociação doente/ferida. Esta é tratada como um sujeito com o qual se pode conflitar. Simultaneamente instala-se uma paleta de defesas relativas ao luto pelo corpo saudável. O doente focaliza a vida na ferida e, ao mesmo tempo, rejeita-a como parte de si, instalando uma paradoxalidade comunicacional onde impera a dupla ligação (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1996; Brown, 2009) que o torna refém. A comunicação terapêutica deverá privilegiar a integridade dos doentes e a escuta das alterações de vida e do seu impacto. A integração da ferida pelo doente exige um reenquadramento intersubjetivo, pois, o doente parece estabelecer com a úlcera varicosa uma relação intersubjetiva de confronto e rejeição, centrando-se muito

em si. A relação terapêutica possibilitará um novo enfoque intersubjetivo que possibilitará o processo de luto e a aceitação da ferida como parte integrante do doente. Assim, o doente poderá lidar com a sua ferida sem a conflitualidade que a dissociação instala, facilitando-se deste modo a adesão terapêutica destes doentes.

BIBLIOGRAFIA

- Abbade, L. & Lastória, S. (2006). Abordagem de pacientes com úlcera da perna da etiologia venosa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81 (6): 509-522. <http://www.scientificcircle.com/pt/130632/abordagem-pacientes-ulcera-perna-etilogia-venosa/>
- Aldunate, J., Isaac, C., Ladeira, P., Carvalho, V., Ferreira, M., (2010). Úlceras venosas em membros inferiores. *Rev Med (São Paulo)*, 89 (3/4):158-63. <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46291/49947>
- Bardin L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bowlby, J. (1993a). *Separação, angústia e raiva*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993b). *Luto, tristeza e depressão*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Brown, C (2009). *Mazes, Conflict, and Paradox: Tools for Understanding Chronic Pain*. *Pain Practice*, Volume 9, Issue 3, 235–243
- Freud, S. (1914/1989). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago Editora, Ltda.
- Freud, S. (1917/1989). *Luto e melancolia*. Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Graham, J., Lobel, M., Glass, P., Lokshina, I. (2008). Effects of written anger expression in chronic pain patients: making meaning from pain. *J Behav Med* (2008) 31:201–212. Doi: 10.1007/s10865-008-9149-4
- (Labott, S., Sanjabi, P., Jenkins, N., & Iannuzzi, M., 2001. Anger experience and expression in chronic obstructive pulmonary disease. *Psychology, Health & Medicine*, 6(4), 481-486
- Martire, L., Schulz, R., Helgeson, V., Small, B., & Saghafi, E. (2009). Review and Meta-analysis of Couple-Oriented Interventions for Chronic Illness. *ann. behav. med.* (2010) 40:325–342. Doi: 10.1007/s12160-010-9216-2
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a Morte e o Morrer*. S. Paulo: Martins Fontes (7ª ed.).
- Pinto, J. (2013). *Fronteiras individuais e familiares nos Mais Adultos*. In Pinto, J. (2013) [Coord.] *Psicologia em contextos de saúde: da compreensão à intervenção*. Coimbra: UICISA_E e ESEnFC Editores. index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2418&id_revista=19&id_edicao=59
- Pinto, J. & Queirós, P. (2013). *O internamento e a regressão temporal*. In Pinto, J. (2013) [Coord.] *Psicologia em contextos de Saúde: Da compreensão à intervenção*. Coimbra: UICISA_E e ESEnFC Editores. index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2418&id_revista=19&id_edicao=59
- Pinto, J., Almeida, & Antunes, P. (2013). *Integração institucional de idosos: contributo de um estudo de caso*. In Pinto, J. (2013) [Coord.] *Psicologia em contextos de Saúde: Da compreensão à intervenção*. Coimbra: UICISA_E e ESEnFC Editores. index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2418&id_revista=19&id_edicao=59
- Silva, F., Freitas, C, Jorge, M., Moreira, T. Alcântara, M., (2009). *Revista Brasileira de Enfermagem (Brasília)*, Nov-Dez, Vol. 62, 6: 889-893
- Teesson, M., Mitchell, P., Deady, M., Memedovic, S., Slade, Baillie, A. (2011). *Affective and anxiety disorders and their relationship with chronic physical conditions in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2011; 45:939–946
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1996). *Pragmática da comunicação humana*. S. Paulo, Editora Cultrix.

O ADOLESCENTE COM ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA ESTUDO DE UM QUADRIÊNIO

Maria Edite Trinco⁽¹⁾; José Carlos Santos⁽²⁾



Resumo

As alterações do comportamento em adolescentes assumem grande relevância no atendimento no serviço de urgência, por indicarem eventuais situações de risco preditivas de doença mental.

OBJETIVOS: caracterizar os adolescentes que recorrem ao serviço de urgência e destes quais os que apresentam alteração do comportamento e que tipo de alteração.

METODOLOGIA: trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo, tendo como base os dados estatísticos do hospital, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014, envolvendo adolescentes com idade compreendida entre os 13 e os 17 anos e 364 dias.

RESULTADOS: os principais resultados apontam para um número significativo de adolescentes que recorrem ao serviço de urgência, dos quais 8% apresentam alguma alteração do comportamento, sendo o gênero feminino quem mais procura este tipo de serviço.

CONCLUSÕES: as alterações do comportamento na adolescência são um problema com uma dimensão acentuada, implicando um atendimento diferenciado no serviço de urgência de um hospital pediátrico central.

Palavras-chave: adolescente, comportamento do adolescente, emergência.

Abstract

THE ADOLESCENT WITH BEHAVIORAL CHANGES IN THE EMERGENCY ROOM. STUDY OF A FOUR-YEAR PERIOD

The changes in behavior in adolescents are of great importance in care at the emergency room, by indicate possible situations of risk predictors of mental illness.

Objectives: characterize the adolescents who were admitted to the emergency room and of those whomi present with changes of behavior.

Methodology: this is a descriptive retrospective epidemiological study, based statistical data of the hospital, in the period from January 2011 to December 2014, involving adolescents aged between 13 and 17 years and 364 days.

Results: the main results point to a significant number of adolescents who have used the emergency room, of whomi 8% presented some changes in behavior, being females those who used this type of service more frequently

Conclusions: changes in behavior in adolescence are a problem with a large dimension discussion marked, implying a differentiated care in the emergency room of a central pediatric hospital.

Keywords: Adolescent, behavior, emergencies.

Resumen

EL ADOLESCENTE CON CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE EMERGENCIAS. ESTUDIO DE UN PERÍODO DE CUATRO AÑOS

Los cambios de comportamiento en los adolescentes son de gran importancia en el cumplimiento del servicio de urgencias para que parece indicar posibles situaciones de riesgo predictivo de la enfermedad mental.

OBJETIVOS: Caracterizar los adolescentes que usan el servicio de urgencias y los que los que tienen el cambio de comportamiento y el tipo de cambio.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo, basado en los datos estadísticos del hospital, desde enero de 2011 a diciembre de 2014, con la participación adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 17 años y 364 días.

RESULTADOS: Los principales resultados apuntan a un importante número de adolescentes que usan el servicio de urgencias, de los cuales el 8% tenía un cambio de comportamiento, con las hembras quién más que buscan este tipo de servicio.

CONCLUSIONES: el cambio de comportamiento de los adolescentes es un problema con una fuerte dimensión, lo que implica un servicio diferenciado en la sala de urgencias de un hospital pediátrico central.

Palabras clave: Adolescente, comportamiento de los adolescentes, las emergencias

Recebido em outubro 2015 em . Aceite em novembro 2015.

⁽¹⁾ Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico Carmona da Mota - Coimbra; Enfermeira Forense; Doutoranda em Enfermagem; Assistente Convidada da Escola Superior de Enfermagem De Coimbra

⁽²⁾ Professor coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutorado em Saúde Mental

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência pauta-se por um período de transição entre a infância e a adultez, compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, ocorrendo nesta fase mudanças significativas a nível físico, psicológico e social. (WHO,2011).

Contudo a Organização das Nações Unidas (ONU) define a adolescência como uma etapa da vida entre 15 e 24 anos, esta definição é usado principalmente para fins estatísticos e políticos, (Eisenstein, E., 2005).

Para Sampaio (2006), esta fase corresponde a um longo período compreendido entre o fim da infância e o que antecede a adultice, em que a interação do adolescente com os contextos reforça a singularidade de cada adolescente e, naturalmente, a diversidade desta etapa do ciclo de vida. Os adolescentes revelam modos de vida muito próprios e distintos, inviabilizando um padrão comum e universal a todos, bem como a delimitação rígida de um início e um fim da adolescência.

É nesta fase de transição e perante estas transformações que o adolescente se vê confrontado com múltiplos problemas e desafios que lhe exigem um esforço de reorganização para a sua resolução, dando assim cumprimento às várias tarefas desenvolvimentais, (Santos et al, 2014).

É um período marcado por profundas alterações e desafios, com instabilidade emocional que poderá levar a vivências de crise com repercussões na sua saúde mental, tornando-os assim vulneráveis a alterações do comportamento, (Cicchetti & Rogosch, 2002; Borges & Werlang, 2006; Shaffer & Kipp, 2007).

A adolescência é um período do ciclo vital, que é vivida geralmente de um modo positivo, contudo é simultaneamente um período pautado por alguma inquietação, em que ocorrem diversas transformações e que podem delimitar um desenvolvimento adequado, gerando algumas dificuldades a nível pessoal, familiar, escolar e de socialização, dependendo das condições e da capacidade de dar resposta às necessidades internas, novas readaptações externas e dos meios de ajuda

do contexto afectivo, escolar e sociocultural. (Prazeres, 2002; Barros, 2003; Sprinthall, 2003; Loh & Wragg, 2004; Fonseca, 2005; WHO, 2006; Shaffer & Kipp, 2007; Cordeiro, 2009; Bagagem, 2010; Guerreiro, 2013).

As alterações do comportamento na adolescência podem ser influenciadas por múltiplos factores psicológicos, agrupados como factores de vulnerabilidade predisponentes e precipitantes. A compreensão destes factores possibilita intervenções adequadas que diminuam o desespero e o sofrimento e, em simultâneo, possibilitem apoio e ajuda que permita ao adolescente inverter o movimento para a morte ou para uma vida com grave perturbação mental (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2014).

O adolescente tem a tendência natural para se expressar pela acção em detrimento da palavra. Qualquer alteração do comportamento por parte do adolescente, não deve ser desvalorizada, ainda que pareça ser manipulador ou imediatista, pois pode ser um indicador ou um prenúncio de doença mental, (Ordem dos Enfermeiros,2012).

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017 (Portugal,2013), os dados epidemiológicos destes comportamentos são muito lacunares, uma vez que apenas uma pequena parte é conhecida, com a agravante de que estes comportamentos são muitas vezes a prenúnciação do suicídio.

A intervenção precoce e a prevenção seriam o ideal no desenvolvimento do adolescente com necessidades de saúde mental, contudo torna-se vital o atendimento em momento de crise ou exacerbação da doença, onde a abordagem ao adolescente exige do profissional de saúde conhecimentos técnicos e compreensão do impacto e dos conflitos que estes comportamentos acarretam na vida do adolescente, (Cruz, 2007; Newton et al,2010).

Vivemos numa sociedade onde os adolescentes vivem o momento de forma apressada, com uma visão redutora baseada no tudo ou nada, de preto ou branco. Estes radicalismos, sem pontes para a harmonia e equilíbrio torna-os vítimas da inflexibilidade mental, onde o registo da contagem do tempo só tem lugar no “já” e “agora”, (Saraiva,

2006).

Todos os anos uma média de 2 milhões de adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos têm algum tipo de alteração do comportamento, com um aumento significativo nos últimos 10 anos, (Newton, et al, 2010).

Na adolescência, tal como em outras faixas etárias, o indivíduo necessita de cuidados de saúde especializados, pois é um período de desenvolvimento psíquico, social, cognitivo e sexual, raramente em harmonia holística. A ideia de invencibilidade e a necessidade de socialização pode levar o adolescente a adotar comportamentos de risco, agressividade, variabilidade emocional e instabilidade comportamental, (Braconnier, 2000; Valejo-Nágera, 2003; Fonseca, 2004; Borges & Werlang, 2006).

Parafrazeando Traverso-Yépez (2001) os cuidados de saúde adotaram uma visão unidimensional garantindo a sobrevivência de crianças e adolescentes, focando-se essencialmente nos denominados problemas orgânicos, relegando para segundo plano os problemas de saúde mental.

Para que este paradigma mude, urge conhecer algumas características do adolescente atendido no serviço de urgência, principalmente o adolescente com alterações do comportamento.

Desde janeiro de 2011, que o atendimento ao adolescente entre os 13 e os 17 anos e 364 dias é feito no serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro, anteriormente estes adolescentes eram atendidos em unidade de saúde para adultos.

Questões de investigação

O presente estudo é norteado pelas seguintes questões:

Quais as características do adolescente com alteração do comportamento, atendido no serviço de urgência dum hospital pediátrico da região centro?

Qual a casuística de admissões de adolescentes com alterações do comportamento atendidos no serviço de urgência dum hospital pediátrico da região centro?

Metodologia

Os objetivos deste estudo são: (a) conhecer o total de adolescentes admitidos no serviço de urgência no período de janeiro 2011 a dezembro de 2014, (b) conhecer as características do adolescente com alteração do comportamento admitido no serviço de urgência; (c) poder refletir sobre os dados e suas implicações nos cuidados.

Para a consecução destes objectivos foi desenhado um estudo retrospectivo e descritivo, efectuado a partir da recolha de informação dos registos informáticos do hospital, no período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2014.

Foram analisadas a totalidade de admissões, a totalidade de admissões de adolescentes e a totalidade de adolescentes com alteração do comportamento, foram ainda analisadas a distribuição por género, por motivo de admissão, distribuição por género/comportamento e ansiedade/género e ainda a distribuição por anos.

Os critérios de inclusão foram todos os adolescentes com idade compreendida entre os 13 e os 17 anos e 364 dias. Foram excluídas as crianças com idade compreendida entre os 0 e os 13 anos.

A amostra é constituída por 188458 admissões dos quais 17430 são adolescentes com idade compreendida entre os 13 e os 17 anos e 364 dias, e destes 1403 apresentaram pelo menos uma alteração do comportamento.

Resultados

Nos quatro anos estudados foram admitidos 17430 adolescentes, o que representa 9,3% do total de admissões.

Tabela 1: Total de admissões de janeiro 2011 a dezembro de 2014

	n	%
Total de crianças (0 aos 13 anos)	171028	90,7%
Total de adolescentes (13 aos 17 anos em 364 dias)	17430	9,3%
Total de entradas	188458	100%

De acordo com a tabela 2, o total de adolescente admitidos, 8% apresentavam uma alteração do comportamento

Tabela 2: Total de adolescentes admitidos de janeiro 2011 a dezembro de 2014

	n	%
Total de adolescentes sem alteração de comportamento	16027	92%
Total de adolescentes com alteração de comportamento	1403	8%
Total de adolescentes	17430	100%

Com base na tabela 3, verifica-se que a maioria dos adolescentes admitidos é do género feminino.

Tabela 3: Distribuição por género de adolescentes admitidos de janeiro 2011 a dezembro de 2014

	n	%
Género feminino	899	64%
Género masculino	504	36%
Total	1403	100%

Na tabela 4, verifica-se um predomínio da ansiedade (66%), 14,2% são consideradas como outras, uma vez que agrupam números menores de alteração do comportamento, como é o caso da anorexia nervosa, a auto e heteroagressividade, consumo de substâncias aditivas e automutilação. Apesar de o suicídio ser de 0,1% optamos por o representar, dada a gravidade do mesmo.

Tabela 4: Distribuição por comportamento de adolescentes admitidos de janeiro 2011 a dezembro de 2014

	n	%
Ansiedade	930	66,3%
Intoxicação medicamentosa	120	8,6%
Intoxicação etílica	127	9%
Depressão	25	1,8%
Suicídio	1	0,1%
Outras	199	14,2%
Total	1403	100%

Na análise à tabela 5 (pag.22) podemos verificar que são as raparigas quem mais recorre ao serviço de urgência de um modo geral, contudo, as intoxicações etílicas são mais frequentes nos rapazes.

Quanto à caracterização da distribuição ao longo do quadriênio, pode-se inferir que o ano de 2014 foi o que registou mais admissões de adolescentes com alteração do comportamento, registando-se um aumento entre cada ano.

Tabela 6: Distribuição por ano de adolescentes admitidos de janeiro 2011 a dezembro de 2014

	N	%
Ano 2011	182	13,0%
Ano 2012	214	15,3%
Ano 2013	374	26,7%
Ano 2014	631	45,0%
Total	1403	100%

Discussão

O adolescente é geralmente saudável, sentindo-se saudável, com baixos níveis de morbilidade e mortalidade, comparativamente com a infância e a idade adulta. Contudo a existência de alterações do comportamento, leva-os com frequência aos serviços de urgência hospitalar. (Fonseca, 2005; WHO, 2006; Costa, Santana e Silva, 2009).

Tendo por base os objetivos delineados para o estudo, foi possível verificar que houve um aumento significativo de casos referenciados como alterações da saúde mental ao longo do quadriênio. Este aumento pode dever-se a uma maior consciencialização por parte dos profissionais de saúde no atendimento a estes adolescentes, uma vez que não houve um aumento significativo do número de admissões, mas sim da sua referência.

É maior a procura de cuidados de saúde no serviço de urgência por parte das raparigas do que dos rapazes, sendo que a ansiedade lidera as causas dessa procura no género feminino.

Em consonância com a literatura por nós revisitada, estes dados vão ao encontro do estado da arte atual, em que a ansiedade é mais frequente no género feminino, Verhulst (2001); Costello

Tabela 5: Distribuição por género/admissão de adolescentes admitidos de janeiro 2011 a dezembro de 2014

	Ansiedade		Intoxicação medicamentosa		Intoxicação etílica		Depressão		Suicídio		Outras	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Género feminino	627	67,4%	95	79,2%	42	33,0%	21	84,0%	1	100%	114	57,3%
Género masculino	303	35,6%	25	20,8%	85	67,0%	4	16,0%	0	0%	85	42,7%
Total	930	100%	120	100%	127	100%	25	100%	1	100%	199	100%

et al. (2003); American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007), podendo dizer-se que cerca de 10% dos adolescentes sofrem de algum transtorno ansioso, (Asbarh, (2004), o que poderá comprometer toda a socialização do adolescente e acentuar conflitos com a família, Brito (2011).

Queremos aqui deixar expresso que apesar de as automutilações estarem inseridas na categoria “outros”, merecem uma atenção especial no atendimento ao adolescente, uma vez que podem esconder um elevado sofrimento em que existe a necessidade de aliviar o sofrimento interno em detrimento do físico, (Laukkane et al, (2009); Lundh et al, (2011); Miranda, (2012); Wilkinson, (2013)., Também a automutilação é mais frequente nas raparigas, podendo ser maior o risco de suicídio, (Gmitrowicz et al 2014).

Para Varma (2011) e Byrne et al (2008) a auto mutilação deliberada é apenas a ponta do iceberg de um problema de saúde pública que necessita de intervenção urgente, e pró ativa em prol do bem-estar mental do adolescente.

Os quadros de intoxicação medicamentosa voluntária também são frequentes entre os adolescentes, mais uma vez com destaque no género feminino, indo ao encontro dos estudos de Marcondes Filho, et al (2002); Barros e col. (2011); Bernardes, Turini e Matsuo (2011),

Um estudo efectuado por Guerreiro et al (2014), sobre comportamentos autolesivos na adolescência em 14 escolas públicas da área da Grande Lisboa, indica-nos que 56% dos participantes são do sexo

feminino, o que vem corroborar as conclusões da nossa investigação.

De acordo com Batista & Oliveira (2005), o adolescente vive em permanente desafio, com problemas reais ou imaginários perante o mundo, que de alguma forma espera dele respostas ajustadas, tornando-o mais vulnerável, levando-o por vezes a situações de maior risco.

Conclusões

Com base na análise e discussão dos resultados deste estudo, verifica-se que o adolescente atendido no serviço de urgência é sobretudo do género feminino em que a ansiedade lidera a lista de procura de cuidados de saúde no serviço de urgência. Cerca de 8% dos adolescentes admitidos apresentam pelo menos uma alteração do comportamento, sendo mais presente no género feminino com a ansiedade a liderar o motivo de admissão destes adolescentes.

Dada a casuística encontrada, há uma necessidade emergente de uma maior sensibilização dos profissionais de saúde nesta área, com maior individualização na referenciação das alterações do comportamento na adolescência.

O reconhecimento e orientação das situações de urgência de saúde mental num serviço de urgência pediátrica requerem dos profissionais uma atenção especial, de forma a estabelecer-se uma articulação eficaz com os serviços de saúde mental da infância e adolescência.

Estes resultados, serão de grande utilidade prática no sentido de promover um atendimento

adequado e diferenciado ao adolescente no serviço de urgência, onde os profissionais devem evitar a abordagem apenas de aspetos somáticos.

Bibliografia

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007 Feb; 46 (2): 267-83.

Asbahr,F. (2004). Anxiety disorders in childhood and adolescence: clinical and neurobiological aspects. *J. Pediatr (Rio J.)*. 2004;80 (2 Supl): S28-S34.

Bagagem, M.F. (2010). *A Família e a Saúde Mental*. 1ª Edição. Loures: Lusociência.

Barros ACGRF, Pinto MTSSS, Laranjeira CMA, Macedo LD. (2011) Ingestão medicamentosa voluntária em um serviço de pediatria. *Adolesc Saude*; 8(3):6-9 On line: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=280 em 2015.01.20.

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista*. 2ª edição. Climespi editores. Lisboa.

Batista.O.; Oliveira.S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *PSIC-Revista de Psicologia de Vetor Editora*, v.6,nº2,p.43-50,Jul./Dez.

Bernardes,S.; Turini, C.; Matsuo,T. (2010). Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(7):1366-1372.

Borges,V.R. & Werlang,B.S.G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11 (3), 345-351.

Braconnier, A.; Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa. Climepsi Editores.

Brito,I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. Dossier: adolescência. *Rev. Port Clin Geral* 2011; 27:208-14.

Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., ... & Guerin, S. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents:

a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(4), 493-504.

Cappelli, M., Gray, C., Zemek, R., Cloutier, P., Kennedy, A., Glennie, E. & Lyons, J. S. (2012). The HEADS-ED: a rapid mental health screening tool for pediatric patients in the emergency department. *Pediatrics*, 130(2), e321-e327.

Cicchetti, D., & Cohen, D. (2006). *Developmental Psychopathology – Theory and Method (Vol.1)*. New Jersey: Wiley & Sons.

Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente. Dos 10 aos 18 anos. A esfera dos livros*. Lisboa.

Costa, S.; Santana, M.; Silva, A. (2009). Padrões de utilização do Serviço de Urgência po Adolescentes: a realidade de Guimarães. *Vila Nova Famalicão: Ecos do Minho*, 4 (9), p.29-34.

Costello, E. J.; Mustillo, S.; Erkanli, A.; Keeler, G.; Angold, A.(2003). ‘Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence’. *Archives of General Psychiatry* 60 (8). pp 837-44.

Cruz, T. (2007). Adolescent, family and the health professional. *Adolescência & Saúde*. Volume 4, nº3.

Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6-7

Fonseca., A. (2004). *A Psicologia e a Psicopatologia da Infância e da Adolescência*. Universidade Fernando Pessoa. Porto. 2ª edição.

Fonseca, H. (2005). *Compreender os adolescentes*. Editorial Presença. Barcarena. 4ª edição.

Gmitrowicz, A., Kostulski, A., Kropiwnicki, P., & Zalewska-Janowska, A. (2014). Cutaneous Deliberate Self-harm in Polish School Teenagers—An Inter disciplinary Challenge. *Acta dermatovenereologica*, 94(4), 448-453. 2014; 94: 448–453. Online in: <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/mjl/00015555/v94n4/s15.pdf?expires=1445439489&id=83153982&titleid=75001721&accname=Guest+User&checksum=A1555BBBA4F3E4D5CF7469C1433E6214> em 2015.04.16.

Guerreiro DF; Sampaio D; Figueira,

M.L. (2014). Relatório de investigação “Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afectivo e estratégias de coping”. Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia. Universidade de Lisboa. Online in: <http://www.spsuicidologia.pt/generalidades/biblioteca/143-relatorio-da-investigacao-comportamentos-autolesivos-em-adolescentes> em 2015.03.14.

Laukkanen, E., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylmä, J., Tolmunen, T., & Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13-to 18-year-old Finnish adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(1), 23-28.

Loh, E., & Wragg, J. (2004). Developmental perspective. In K. N. Dwivedi, & P. B. Harper (Eds.), *Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill-health: A handbook* (pp. 29-48). London: Jessica Kingsley Pub.

Lundh, L. G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2011). Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scandinavian journal of psychology*, 52(5), 476-483.

Marcondes Filho, W., Mezzaroba, L., & Turini, C. A. (2002). Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. *Adolesc. latinoam*, 3(2), 0-0. Online in: http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14147130200200007&lng=pt&nrm=iso em 2015.02.22.

Miranda, G. (2012). *Bulimia e automutilações. Uma Perspectiva Psicodinâmica*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. In https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/26153/2/Bulimia%20e%20AutoMutila%C3%A7%C3%B5es%20_%20Gilda%20Cristina%20Miranda.pdf em 2015.03.14.

Newton, A. S., Hamm, M. P., Bethell, J., Rhodes, A. E., Bryan, C. J., Tjosvold, L., ... & Manion, I. G. (2010). Pediatric suicide-related presentations: a systematic review of mental health care in the

emergency department. *Annals of emergency medicine*, 56(6), 649-659.

Ordem dos enfermeiros (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série 1. Numero 4.

Portugal, Direcção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. On line in: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.

Portzky, G.; Wilde, E. J.; Heeringen, K.; (2008). Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17:179P86.

Prazeres, V. (2002). *Adolescentes, Pais e Tudo o Mais*. Texto Editora, Lda. Lisboa.

Sampaio, D. (2006). *Lavar o mar*. Lisboa: Editorial Caminho.

Santos, J., de Azevedo Erse, M. P. Q., Façanha, J. D. N., Marques, L. A. F. A., Simões, R. M. P., & SANTOS, J. C. P. (2014). *Contigo: promoção da saúde mental e prevenção do comportamento suicidário na comunidade educativa*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde.

Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o parasuicídio - o que leva os jovens a espreitar a morte*. Redhorse, Industria Gráfica.

Shaffer, D.; Kipp, K.; (2007). *Developmental psychology- Childhood & Adolescence*. Belmont: Wadworth.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos. Dos conceitos à prática*. Lidel-edições técnicas, Lda. Lisboa.

Sprinthall, N.; Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista*. 3ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Traverso-Yépez, M. (2001). *A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e desafios*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.6, n.2, p.49-56.

Valejo-Nágera, A. (2003). *Os adolescentes e os pais*. 1ª edição. Editorial Presença. Queluz de Baixo.

Varma, A. (2011). *Cutaneous Deliberate*

Self-harm in Polish School Teenagers – An Interdisciplinary Challenge. INDIAN PEDIATRICS 36(1) VOLUME 48-MAY 17, 2011. On line : http://download.springer.com/static/pdf/907/art%253A10.1007%252Fs13312-011-00643.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs1331201100643&token2=exp=1445439198~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F907%2Fart%25253A10.1007%25252Fs1331201100643.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs1331201100643*~hmac=b65575b038ac60bf9f6570586067ff5faebf33a41fc54ceba7c4ce620c0b47b em 2015.02.14.

Verhulst, F. C. (2001). 'Community and Epidemiological Aspects of Anxiety Disorders in Children'. In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention*. Editado por W. K. Silverman e P. D. Treffers. Cambridge e Nova Iorque: Cambridge University Press. pp.273-92.

Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2013) 22 (Suppl 1):S75–S79. On line : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23202887> em 2015.04.21.

WHO (World Health Organization) (2006). *Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care Providers*. WHO, 2006.

WHO (World Health Organization) (2011). *Adolescent health*. Online in www.who.int/topics/adolescent_health/en/ em 2015.03.22

WHO (World Health Organization) (2014). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. WHO. Geneva. Pdf em 2015.02.22.

ESTUDO RN4CAST EM PORTUGAL: AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM*

Élvio Henriques de Jesus⁽¹⁾; Sofia Maria Borba Roque⁽²⁾; António Fernando Salgueiro Amaral⁽³⁾

Resumo

Enquadramento: Na perspetiva de (Lake, 2002) os ambientes de prática de enfermagem favoráveis caracterizam-se pela adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos Enfermeiros e boas relações entre os diferentes grupos profissionais, particularmente entre médicos e enfermeiros. Tais ambientes, à luz da evidência científica das últimas décadas, produzem impactos significativos aos níveis da qualidade e segurança dos cuidados aos utentes, da saúde e bem-estar laborais dos profissionais e da qualidade, produtividade e efetividade dos serviços, organizações e sistemas de saúde. À semelhança de outros países, têm sido realizados alguns estudos sobre este fenómeno em Portugal. Porém, realizados em contextos organizacionais regionais, tornando-se necessário alargar esta investigação a múltiplos centros, preferencialmente de âmbito nacional e internacional.

Objetivo: Descrever a perceção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses relativamente aos ambientes de prática de enfermagem e sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e profissionais.

Material e métodos: Estudo quantitativo, observacional, transversal, envolvendo 2235 enfermeiros de unidades médico-cirúrgicas de adultos de 31 Hospitais portugueses. Os dados foram colhidos através da aplicação da Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) e de um questionário sociodemográfico e tratados com recurso à estatística descritiva e analítica.

Resultados: Os dados revelaram ambientes de prática de enfermagem desfavoráveis na maior parte dos hospitais portugueses, embora existindo grande variabilidade entre organizações e, nestas, entre serviços. As dimensões que se verificaram mais críticas foram, respetivamente, a adequação de recursos humanos e materiais, a participação dos enfermeiros na governação hospitalar e a gestão, liderança e suporte dos enfermeiros. As mais favoráveis foram fundamentos de enfermagem para a qualidade e a relação entre médicos enfermeiros, embora com um score muito próximo do limiar do ponto de corte da escala (2,5). Apenas se verificou significância estatística ($p=0,05$) na relação entre os ambientes de prática e as variáveis: dimensão do hospital (número de camas), grupo etário e antiguidade profissional dos participantes no hospital.

Conclusão: A qualidade dos ambientes de prática de enfermagem nos hospitais portugueses evidenciada neste estudo requer uma imediata e profunda intervenção por parte dos diferentes responsáveis políticos e dirigentes associativos, profissionais e organizacionais, especialmente nas dimensões adequação de recursos humanos e materiais, participação dos enfermeiros na governação hospitalar e gestão, liderança e apoio dos enfermeiros. Estudos longitudinais, de casos de sucesso/insucesso nestes e noutros contextos de cuidados são igualmente requeridos.

Palavras-chave: Ambientes de Prática (Work Environment), Enfermeiros, Serviços Médico-cirúrgicos, RN4Cast

Abstract

RN4CAST STUDY IN PORTUGAL: NURSING PRACTICE ENVIRONMENTS

Background: According to (Lake, 2002), favourable nursing practice environments are characterized by the staffing and resource adequacy, an effective Nurse participation in hospital affairs, existence of nursing foundations for the quality of care, nurses' management, leadership and support of nurses, as well as good relations among the various professional groups, particularly between physicians and nurses. In light of the scientific evidence in recent decades, such environments have a significant impact on the quality and safety of patient care, on the occupational health and well-being of the professionals, and on the quality, productivity and effectiveness of the health services, organizations and systems. As in other countries, some studies on this phenomenon have been developed in Portugal. However, since they have been conducted in regional organizational settings, it is necessary to extend this research to multiple centers, preferably of national and international scope.

Objective: To describe the perception of the nurses of medical-surgical services of Portuguese hospitals about the nursing practice environments and their association with certain sociodemographic and professional variables.

Material and Methods: Quantitative, observational, cross-sectional study, involving 2235 nurses of adult medical-surgical units in 31 Portuguese hospitals. Data were collected through the application of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) and a sociodemographic questionnaire, and analyzed using descriptive and analytical statistics.

Results: The data revealed unfavorable nursing practice environments in most Portuguese hospitals, although there is large variability between organizations and, within them, between services. The most critical dimensions were the staffing and resource adequacy, the Nurse participation in hospital affairs, and nurses' management, leadership and support of nurses, respectively. The most favorable dimension was the nursing foundations for the quality of care and the physician-nurses relations, although the score was very close to the cut-off point of the scale (2.5). Statistical significance ($p=0.05$) was only found in the relationship between the practice environments and the variables: hospital size (number of beds), age group and professional seniority of the participants in the hospital.

Conclusion: The quality of the nursing practice environments in Portuguese hospitals observed in this study requires an immediate and profound intervention by the different policy-makers and association, professional and organizational leaders, particularly in the dimensions related to the staffing and resource adequacy, Nurse participation in hospital affairs, and nurses' management, leadership and support of nurses. Longitudinal studies on the cases of success/failure in these and in other health care settings should also be developed.

Keywords: Practice Environment, Nurses, Medical-surgical Services, RN4Cast

Enviado em outubro 2015. Aceite em novembro 2015.

⁽¹⁾ Professor Auxiliar Convidado no ICS da Universidade Católica Portuguesa

⁽²⁾ Assistente do 2º Triénio na Escola Superior de Saúde de Portalegre

⁽³⁾ Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

* RN4CAST - Nurse Forecasting in Europe (RN4Cast) - Human Resources Management for Nursing in Europe, a study on the impact of nurse deployment on patient safety (www.rn4cast.eu/).

ESTUDIOS METASÍNTESIS SOBRE LIDERAZGO DE ENFERMERÍA EN PORTUGAL

Marco contextual: desde la perspectiva de (Lake, 2002), los ambientes de la práctica de enfermería favorables se caracterizan por la adecuación de los recursos humanos y materiales, la participación efectiva de los enfermeros en el gobierno interno de las organizaciones, la existencia de fundamentos de enfermería para la calidad de los cuidados, la gestión, el liderazgo, el apoyo a los enfermeros, así como las buenas relaciones entre los diferentes grupos profesionales, particularmente entre médicos y enfermeros. Tales ambientes, a la luz de las pruebas científicas de las últimas décadas, producen impactos significativos a los niveles de la calidad y la seguridad de la atención a los usuarios, de la salud y el bienestar laboral de los profesionales y de la calidad, la productividad y la efectividad de los servicios, organizaciones y sistemas de salud. Como en otros países, en Portugal también se han realizado algunos estudios sobre este fenómeno, sin embargo, se restringen a contextos organizativos regionales, lo que hace que sea necesario ampliar esta investigación a múltiples centros, preferentemente del ámbito nacional e internacional.

Objetivo: describir la percepción de los enfermeros de servicios médico-quirúrgicos de los hospitales portugueses en relación a los ambientes de la práctica de enfermería y su relación con algunas variables sociodemográficas y profesionales.

Material y métodos: estudio cuantitativo, observacional, transversal, que implica a 2.235 enfermeros de unidades médico-quirúrgicas de adultos de 31 hospitales portugueses. Los datos se recogieron a través de la aplicación de la Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) y de un cuestionario sociodemográfico, y se trataron mediante la estadística descriptiva y analítica.

Resultados: los datos revelaron ambientes de práctica de enfermería desfavorables en la mayor parte de los hospitales portugueses, aunque sigue existiendo una gran variabilidad entre organizaciones y, dentro de estas, entre servicios. Las dimensiones que se mostraron más críticas fueron, respectivamente, la adecuación de recursos humanos y materiales, la participación de los enfermeros en el gobierno hospitalario y la gestión, el liderazgo y el apoyo de los enfermeros. La más favorable fue los fundamentos de la enfermería para la calidad y la relación entre médicos y enfermeros, aunque con una puntuación muy próxima al umbral del punto de corte de la escala (2,5). Solo se verificó significancia estadística ($p=0,05$) en la relación entre los ambientes de práctica y las variables: dimensión del hospital (número de camas), grupo etario y antigüedad profesional de los participantes en el hospital.

Conclusión: la calidad de los ambientes de la práctica de enfermería en los hospitales portugueses probada en este estudio requiere una intervención inmediata y profunda por parte de los diferentes responsables políticos y dirigentes asociativos, profesionales y organizativos, especialmente en las dimensiones adecuación de los recursos humanos y materiales, participación de los enfermeros en el gobierno hospitalario y la gestión, liderazgo y apoyo de los enfermeros. Asimismo, se requieren estudios longitudinales de casos de éxito/fracaso en estos y otros contextos de cuidados.

Palabras clave: Ambientes de la Práctica, Enfermeros, Servicios médico-quirúrgicos, RN4Cast

Equipa de Investigação do projecto RN4Cast em Portugal Universidade Católica Portuguesa

- António Manuel - En^o Supervisor - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS)
- Beatriz Araújo - En^o, Professora Associada - CIIS/ICS
- Elisabete Nunes - En^o, Assistente do 2^o Triénio - CIIS/ICS
- Elvijo Jesus (Coordenação) - En^o Supervisor - CIIS/ICS
- Nelson Guerra - En^o Chefe - CIIS/ICS
- Sofia Salgado (Consultora) - Professora Auxiliar - Faculdade de Economia e Gestão-UCP Porto

Universidade Nova e Universidade de Lisboa

- Alexandra Pinto (Consultora) - Professora Auxiliar - Faculdade de Psicologia
- Gilles Dussault (Consultor) - Professor Catedrático convidado - Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT)
- Inês Fronteira - En^o, Professora Auxiliar - Unidade de Ensino e Investigação de Saúde Pública Internacional e Bioestatística (UEI-SPIB) / IHMT
- Pita Barros (Consultor) - Professor Catedrático - Nova School of Business and Economics - Faculdade de Economia

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- Aida Mendes - En^o, Professora Coordenadora - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E)
- Fernando Amaral - En^o, Professor Coordenador - UICISA:E

Catholic University Leuven

- Walter Sermeus (Consultor) - Professor in Healthcare Management - KU Leuven

Introdução

Assegurar a qualidade tornou-se uma prática comum nas organizações de saúde. Em Portugal essa prática está a emergir através de uma crescente valorização da qualidade em saúde, sobretudo a partir da criação e desenvolvimento de ações do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) que tem vindo a dinamizar processos de acreditação dos hospitais, em articulação com organismos internacionais: o projeto de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr); o International Health Quality Indicator Project e o Health Comparison of Quality Indicators Project da OCDE, entre outros.

Entende-se a qualidade como um elemento crucial no processo de prestação de cuidados de saúde, onde o ambiente da prática poderá ser uma variável determinante na atuação multidisciplinar que caracteriza a prestação de cuidados de saúde.

Não é recente a preocupação com a análise dos ambientes da prática. A referida preocupação emerge, por um lado, da escassez de enfermeiros e, por outro, da apreensão com a elevada rotatividade

de profissionais entre hospitais dos EUA, em 1980, tornando necessário atraí-los, reter e motivar (Baumann, 2007; Desmedt, De Geest, Schubert, Schwendimann, & Ausserhofer, 2012; Lake, 2002; Petit dit Dariel & Regnaud, 2013). A partir dos anos 90 a preocupação com o estudo deste conceito dirige-se essencialmente à qualidade dos cuidados e dos resultados obtidos nos pacientes. A segurança dos doentes foi entretanto ligada aos ambientes de prática sobretudo a partir dos estudos do IOM (2004).

Ambientes onde as relações entre enfermeiros e médicos são boas, onde os enfermeiros são reconhecidos, onde lhes são dadas condições de desenvolvimento pessoal e profissional e onde o exercício da autonomia é mais incentivado, são ambientes que favorecem a satisfação dos profissionais e a qualidade dos cuidados com repercussões nos índices de segurança e efetividade.

Tem sido acumulada evidência de que ambientes favoráveis de prática potenciam uma maior satisfação dos colaboradores, níveis de burnout mais baixos e um menor número de profissionais que manifesta o seu desejo de mudar de local de trabalho ou de abandonar a profissão (Aiken, Clarke, Sloane, & Sochalski, 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Hayes, O'Brien-Pallas, Duffield, Shamian, Buchan, Hughes, et al., 2006). Ao nível dos cuidados de saúde, ambientes de prática de enfermagem mais favoráveis obtêm melhores resultados nos doentes (Aiken et al., 2002; Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker, & Giovannetti, 2005), nomeadamente ao nível da segurança, com menos quedas, menos erros de medicação, menos úlceras de pressão, menos infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Assim, pode afirmar-se que a otimização dos ambientes de prática ajuda a assegurar a qualidade dos cuidados e demoras médias comparáveis mais baixas, com evidentes repercussões ao nível dos benefícios para a organização prestadora de cuidados (Aiken et al., 2002, Aiken et al., 2008; Doran & Almost, 2003; Baumann 2007; Milisen, Abraham, Siebens, Darras, & Casterlé, 2006; Sousa, 2006; Silva, 2006; Stordeur & D'Hoore, 2007;). Mais recentemente tem também sido

atribuído aos ambientes de prática mais favoráveis uma menor mortalidade em doentes cirúrgicos (Aiken et al., 2008; Friese, Lake, Aiken, Silber, & Sochalski, 2008).

Deste modo, a optimização do ambiente da prática pode ajudar a assegurar a qualidade dos cuidados, o que tem repercussões positivas ao nível da gestão das organizações e da efetividade dos cuidados (Aiken et al., 2002, Aiken et al., 2008; Doran & Almost, 2003; Baumann, 2007).

Assim, através da identificação das características dos hospitais que tiveram a capacidade de atrair e manter os enfermeiros durante uma crise de força de trabalho de Enfermagem, nasceu o conceito do Magnet Hospital, o qual foi evoluindo ao longo do tempo pela ação de diferentes agências e programas (Alspach, 2009; Desmedt et al., 2012). O Magnet Hospital é reconhecido como uma ferramenta que incentiva os hospitais a melhorar ambientes da prática e, conseqüentemente, a terem um impacto positivo na prestação de cuidados ao cliente (Petit dit Dariel & Regnaud, 2013; JBI, 2010). O JBI (2010) afirma que o reconhecimento Magnet requer um compromisso para uma cultura de excelência, alocação cuidada dos recursos, bem como sistemas de apoio na prestação de cuidados ao cliente e desenvolvimento profissional. Assume-se que o ambiente da prática é composto pelo efeito acumulado de inúmeros fatores inter-relacionados, que afetam o desempenho e a satisfação. Esses fatores são mencionados por Alspach (2009), como atributos localizados nas estruturas organizacionais; operação de sistemas organizacionais; e/ou políticas organizacionais, procedimentos ou programas. Todavia, o autor considera que existe negligência por não se considerar influências de nível individual.

Da multidisciplinidade referida anteriormente, na prestação de cuidados de saúde, gostaríamos de destacar a Enfermagem pela sua experiência, representatividade e contributos estratégicos e económicos, considerando que esta é uma classe profissional muito importante nos sistemas de saúde de qualquer país. Contudo, a instabilidade/turbulência do sector é uma realidade, facto que motiva e anima novos conjuntos de competências que a profissão integra, permitindo-

nos, deste modo, refletir e liderar as mudanças dinâmicas dos cuidados de saúde.

Vários estudos internacionais identificam o ambiente da prática como uma variável que influencia a prestação de cuidados de saúde e especificamente os resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken, et al., 2002). Baumann (2007) acrescenta que um ambiente de trabalho saudável é um ambiente de prática que maximiza a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, bem como resultados de qualidade para os clientes e desempenho organizacional. Deste modo, os ambientes de prática têm sido estudados ao longo dos tempos com o objetivo de perceber o seu efeito nos profissionais de enfermagem e os resultados nos clientes. Lake (2007) refere duas razões para o mencionado: um movimento no sentido de melhorar a segurança do cliente e uma escassez permanente de enfermeiros. Diversas são as definições de ambiente da prática, todavia as que retratam um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática da enfermagem, parece ser as que reúnem maior consenso entre os autores (Lake, 2002). Também o ambiente da prática de Enfermagem está associado ao Magnet Hospital. Lake (2002) refere que os Magnet hospital apresentam um conjunto de características organizacionais comuns que se centram na descentralização da tomada de decisão ao nível da enfermagem; uma forte e eficaz liderança de enfermagem; reconhecimento da autonomia profissional de enfermagem, accountability, e responsabilidade pela qualidade dos cuidados ao cliente; adequação dos recursos humanos e horários flexíveis.

Baseados nas diferentes características dos Magnet Hospital, vários estudos foram desenvolvidos. Kelly, McHugh, & Aiken (2011) desenvolveram na Califórnia, Florida, Pensilvânia e Nova Jersey um estudo que permitiu concluir que os ambientes da prática da Enfermagem, as qualificações profissionais e os resultados obtidos são superiores nos Magnet Hospital relativamente aos non-Magnet Hospital. Também Begley, Brennan, & Salmond (2009), numa ampla revisão sistemática encontrou evidências do efeito positivo do Magnet no ambiente da prática, associados a

níveis baixos de burnout, níveis mais elevados de satisfação, perceções mais elevadas de qualidade de atendimento, e por fim, diminuição da intenção de sair do serviço.

Desmedt et al. (2012) referem que o princípio chave para o reconhecimento no processo Magnet é a avaliação e monitorização contínua da qualidade do ambiente da prática dos Enfermeiros. Existem vários instrumentos utilizados para medir os ambientes de prática de Enfermagem como por exemplo (Hinno, 2012): Nursing Work Index (NWI) (Kramer & Hafner, 1989); Work Quality Index (WQI) (Whitley & Putzier, 1994); Revised Nursing Work Index (NWI-R) (Aiken & Patrician, 2000); Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES- NWI) (Lake, 2002); Essentials of Magnetism (EOM) (Kramer & Schmalenberg, 2005). Todavia, num estudo desenvolvido por Lake (2007), que teve como objetivo avaliar a utilidade de instrumentos multidimensionais para medir o ambiente da prática de enfermagem, cujos critérios de avaliação foram a relevância teórica, facilidade de uso e divulgação, dos sete estudos identificados, concluiu que a escala do ambiente da prática do índice de trabalho de enfermagem (PES-NWI) é o instrumento mais útil. Efetivamente o PES é o mais utilizado atualmente e este derivou do índice de trabalho em enfermagem, que por sua vez foi desenvolvido com base nas características do magnet hospital e na revisão da literatura dos valores e satisfação no trabalho. Este foi revisto em 1990 centrando-se mais na presença de atributos organizacionais, para alcançar os resultados desejados, em vez de satisfação da enfermagem e produtividade percebida, originando 3 subescalas: autonomia, controle sobre o ambiente de trabalho e as relações com o pessoal médico. Partindo deste trabalho, em 2002, Lake criou o PES-NWI, o qual mede o ambiente da prática dos enfermeiros, usando uma escala de likert de 4 pontos de concordância, em 5 domínios que são; a participação dos enfermeiros na governação interna do hospital; fundamento de enfermagem para a qualidade dos cuidados; gestão, liderança e suporte dos enfermeiros; adequação de recursos humanos e materiais; e relação entre médicos e enfermeiros. Este instrumento está aprovado pelo

National Quality Fórum e Joint Commission e, desde 2012, traduzido para Português (Amaral, Ferreira, & Lake, 2012). Estes organismos assumem que a divulgação do PES-NWI permitirá que ambientes da prática dos Enfermeiros sejam avaliados de forma similar em diferentes sistemas de saúde, visando o desenvolvimento de políticas de orientação e decisão de gestão hospitalar.

Nesta perspectiva, este foi o instrumento utilizado no presente estudo, o qual teve como objetivo: descrever a percepção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses sobre os ambientes de prática e sua relação com as variáveis de natureza sociodemográfica sexo, licenciatura em enfermagem, título profissional, tipo de serviço (unidade), dimensão do hospital (número de camas), local de trabalho (região), part-time, grupo etário e experiência (anos de profissão).

Material e Métodos

A metodologia utilizada foi, no essencial, a definida pelo consórcio internacional RN4Cast (Sermeus, Aiken, Van den Heede, Rafferty, Griffiths, Moreno-Casbas et al., 2011; Jesus, Marques-Pinto, Fronteira & Mendes, 2014; Marques-Pinto, Jesus, Mendes & Fronteira, 2015).

Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, analítico (Last, 2011) envolvendo enfermeiros e utentes dos Hospitais gerais, do sector público, privado ou social, com financiamento público, com mais de 100 camas de internamento e um mínimo de quatro valências médicas e/ou cirúrgicas de adultos de Portugal continental e Regiões Autónomas.

No estudo participaram 31 hospitais, independentemente da sua forma de agrupamento - Hospital, Centro Hospitalar ou integrados numa Unidade Local de Saúde (ULS), de entre 38 organizações com critérios de inclusão (taxa de participação de 81,6%).

Foram selecionados, aleatoriamente, 4 a 6 serviços médico-cirúrgicos de cada hospital conforme a sua dimensão (4 serviços, se número de camas inferior a 500; 5 serviços, se entre 500 e 1000; e 6 serviços, se número de camas superior a 1000). Todos os enfermeiros e enfermeiros

especialistas dos serviços selecionados foram convidados a participar no estudo através do preenchimento de um questionário.

Os dados foram colhidos entre a última semana de Outubro de 2013 e a homóloga de Abril de 2014. Em cada serviço foi estabelecido o prazo de duas semanas para o preenchimento e devolução dos questionários por parte dos enfermeiros.

A cada enfermeiro potencial participante foi entregue um questionário, um folheto informativo contendo, entre outros, o convite para voluntariamente participar, a menção de que o preenchimento do inquérito significava o seu consentimento informado e um envelope para devolução anónima e confidencial da informação. Após o seu preenchimento, cada enfermeiro recebeu indicação para o colocar, em envelope fechado, num recipiente para ser posteriormente remetido à Universidade Católica Portuguesa (UCP) - local onde se procedeu à abertura do mesmo.

O instrumento de colheita de dados do RN4Cast compreendeu um conjunto de questionários de perguntas de resposta fechada de entre os quais constava a Practice Environment Scale of the Nursinsig Work Index (PES-NWI), uma escala de avaliação dos ambientes de prática, traduzida e adaptada para Portugal por Amaral et al. (2012). A PES-NWI é uma escala multidimensional (cinco subescalas), composta por 31 questões, pontuadas entre 1 (discordo totalmente) e 4 (concordo totalmente). Utilizou-se, ainda, os dados colhidos na secção de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

Os dados foram introduzidos numa base de dados criada no software IBM SPSS, V.20. Procedeu-se ao cálculo de medidas descritivas (contagens e frequências relativas) e medidas de tendência central e de dispersão de acordo com a escala de cada uma das variáveis. Para a totalidade da escala e para cada uma das subescalas da PES-NWI foi calculado o alfa de Chronbach como parâmetro de avaliação da fiabilidade. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para testar a independência entre as variáveis não dicotómicas. Nas variáveis dicotómicas (ex: sexo, título profissional, etc.) foi aplicado o teste t de student para amostras

independentes. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da UCP e autorizado pelos conselhos de administração dos hospitais participantes.

Resultados

Caracterização dos participantes

Participaram 2235 enfermeiros no estudo, correspondendo a uma taxa de participação de 76,9%, de entre os enfermeiros que se encontravam ao serviço no período de colheita de dados, nos 144 serviços aleatoriamente selecionados.

A maioria dos enfermeiros era do sexo feminino (80,2%), no mínimo, licenciados (98,2%), 19,3% possuíam uma especialidade em enfermagem, 31,9% trabalhavam em serviços de medicina, de hospitais com mais de 500 camas (50,8%), pertencentes à ARS Norte (39,6%), e aproximadamente um em cada quatro enfermeiros trabalhava em outros locais (part-time). Tinham em média 34,7 anos, exerciam a profissão há 11,6 anos e trabalhavam na organização onde responderam ao questionário há 9,8 anos (Tabela 1).

Caracterização dos Ambientes de Prática de Enfermagem

A perceção dos enfermeiros em relação aos seus ambientes de prática será adiante apresentada, primeiro na globalidade e de acordo com cada uma das cinco subescalas originais (Lake, 2002): Participação dos Enfermeiros na Governação Interna do Hospital (PGIH); Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados (FEQC); Gestão, Liderança e Suporte dos Enfermeiros (GLSE); Adequação de Recursos Humanos e Materiais (ARHM); e, Relação entre Médicos e Enfermeiros (REME). Seguir-se-á uma descrição detalhada, de acordo com os ítems constituintes das mesmas.

Por fim serão apresentados os resultados dos testes de independência entre às variáveis sociodemográficas e a perceção da qualidade dos ambientes de prática de enfermagem. Assim, na

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes

Variável	Nº	%	Media (Desvio Padrão)
Sexo:			
Masculino	431	19,8	
Feminino	1 746	80,2	
Licenciatura em Enfermagem			
Sim	2 146	98,2	
Não	39	1,8	
Título Profissional:			
Enfermeiro	1 733	80,7	
Enfermeiro Especialista	414	19,3	
Tipo de Serviço:			
Medicina	701	31,9	
Cirurgia	382	17,4	
Ortopedia	322	14,7	
Especialidades Médicas	359	16,3	
Especialidades Cirúrgicas	364	16,6	
Mistos	69	3,1	
Dimensão do hospital:			
Inf. a 500 camas	1 101	49,3	
Entre 500 e 1000 camas	831	37,2	
Sup. a 1000 Camas	303	13,6	
Local de Trabalho (Região):			
Norte	885	39,6	
Centro	288	12,9	
Lisboa e VT	632	28,3	
Sul	259	11,6	
Regiões Autónomas	171	7,7	
Trabalha em outros locais:			
Sim	542	24,9	
Não	1 631	75,1	
Idade (anos)			34,7 (8,1)
Antiguidade (anos):			
Na Profissão			11,6 (8,0)
No Hospital			9,8 (7,6)

globalidade, e para cada uma das cinco subescalas, os resultados dos “ambientes de prática de enfermagem” são os que se apresentam na Tabela 2.

O alfa de Cronbach para a totalidade dos 31 itens da escala PES-NWI foi de 0,90, o que significa que esta apresenta, também neste estudo, uma muito boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014)

A pontuação média foi 2,44 e o desvio padrão de 0,35. A subescala mais pontuada foi “fundamentos de enfermagem para a qualidade”, com 2,85 e desvio padrão 0,38. A menos pontuada foi “adequação de recursos humanos e materiais”, com 2,04 e desvio padrão 0,54.

Lake (2002) recomenda que o cálculo do valor médio dos itens que compõem a escala ou subescalas do instrumento PES-NWI constituam referências para a classificação dos ambientes como favoráveis, se valor superior a 2,5. Posteriormente, em 2006, acrescenta os seguintes critérios para uma classificação dos ambientes em três níveis: favoráveis, se quatro ou cinco subescalas apresentarem valores superiores a 2,5; desfavoráveis, se nenhuma ou uma das cinco subescalas apresenta valores médios superiores a 2,5; e mistos se duas ou três escalas apresentam valores médios superiores a 2,5 (Lake & Friese, 2006).

De acordo com a primeira classificação, na globalidade, verificamos que os ambientes de prática são percecionados pelos enfermeiros como desfavoráveis (< 2,5). Utilizando a segunda, constatamos que três em cinco subescalas receberam pontuação “negativa”, o que corresponde a um ambiente do tipo misto (Tabela 2).

Tabela 2: Escala de Ambientes de Prática de Enfermagem e sub-escalas

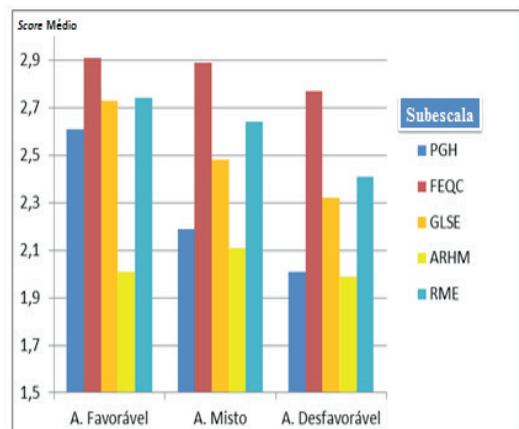
Média_PES_NWI	2234	1	4	2,44	0,35
PES_PGIH	2234	1	4	2,13	0,46
PES_FEQC	2233	1	4	2,85	0,38
PES_GLSE	2234	1	4	2,43	0,54
PES_ARHM	2234	1	4	2,04	0,54
PES_RME	2234	1	4	2,55	0,54

Ainda de acordo com o primeiro critério, a maior parte das organizações, cerca de duas em cada três (64,5%), apresentaram ambientes desfavoráveis (inferior a 2,5).

Quando aplicados os critérios da segunda classificação, apenas uma organização (3,2%) apresentou ambientes favoráveis, seguindo-se vinte (64,5%) do tipo misto e dez (32,3%) com ambientes desfavoráveis.

A representação da pontuação média das cinco subescalas em cada uma das três tipologias de ambientes encontra-se representada no Gráfico 1.

Gráfico 1: Pontuação média das cinco subescalas por tipologia de ambiente de prática (favorável, misto e desfavorável)



Os scores médios de “ambiente de prática” percebido pelos enfermeiros variaram em função de cada organização.

Para uma melhor representação desta variabilidade, recorremos a gráficos do tipo fingerprint, os quais, baseando-se na análise ridit (Sermeus & Delesie, 1996), permitem facilmente identificar as percepções sobre os ambientes de prática mais negativas (mínimo -0,5) ou mais positivas (máximo 0,5) relativamente a um ponto de referência central (0,0), neste caso, correspondente aos valores da distribuição nacional.

Assim, procedendo à categorização dos valores médios obtidos relativos à globalidade da escala PES-NWI em dois níveis - inferior a 2,50 e superior ou igual a 2,50 -, e tendo como referência a distribuição das respostas a nível nacional (respetivamente 56,6% e 43,4%), verificamos que

as percepções dos participantes das organizações que mais se desviaram negativamente da mesma são as dos que correspondem às organizações n.ºs 26, 5 e 17 e, no sentido positivo, as n.ºs 21, 11 e 25 (Gráfico 2).

De salientar, no entanto, que a maior parte das 31 organizações participantes (96,8%) apresentou pontuação favorável na subescala “fundamentos de enfermagem para a qualidade”. Porém, nenhuma organização obteve um score favorável em “adequação de recursos humanos e materiais”. Além de que apenas uma obteve pontuação favorável na subescala “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital” (Gráfico 3).

Gráfico 2: Desvios relativos à distribuição nacional dos níveis médios de qualidade dos ambientes de prática por organização

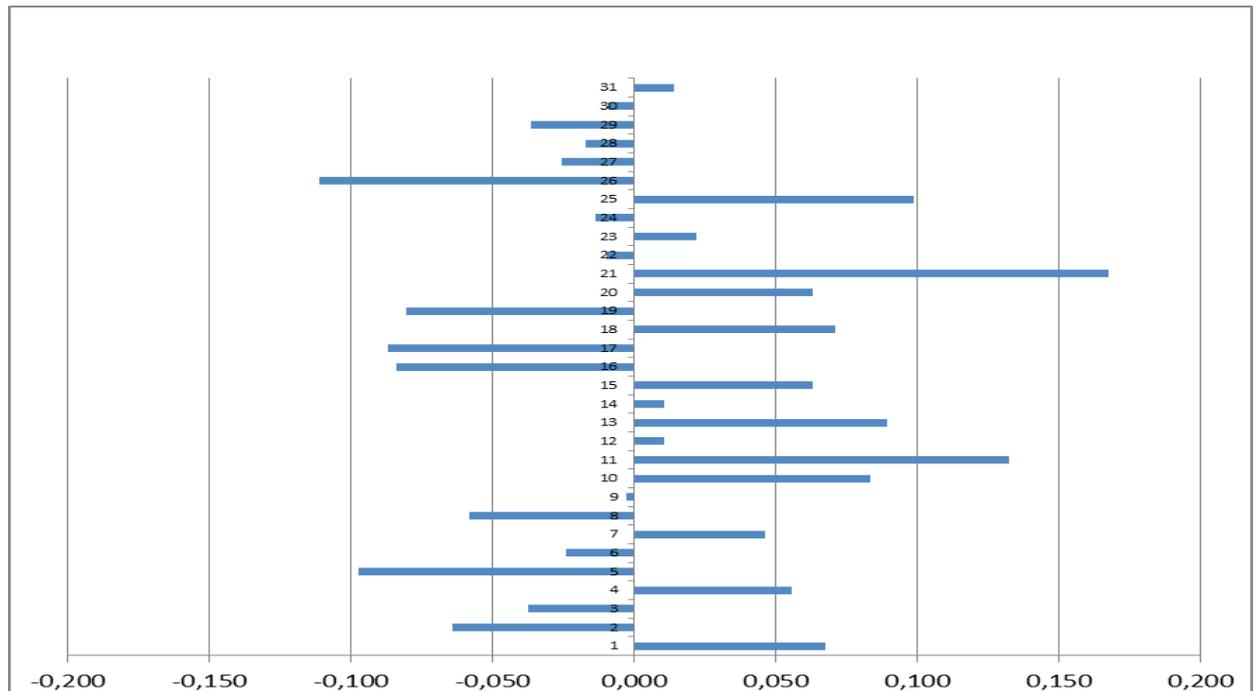
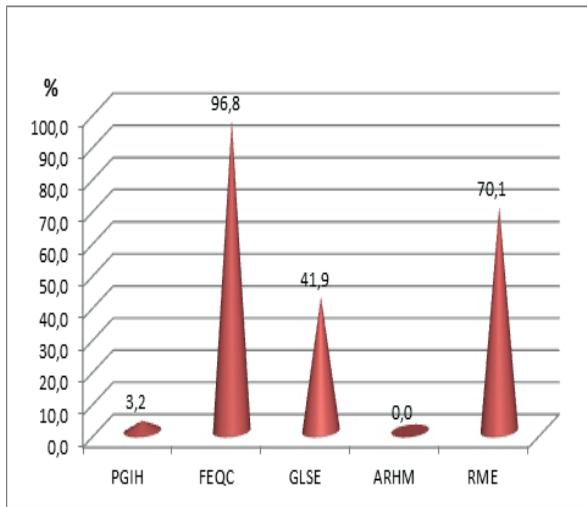


Gráfico 3: Percentagem de organizações com pontuação positiva em cada subescala de “ambiente de prática”



Segue-se a apresentação dos dados detalhados das respostas para cada dimensão da escala PES-NWI.

Participação dos enfermeiros na governação interna do hospital

Na tabela 3 apresentam-se os resultados referentes aos itens da subescala “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital”.

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 27 “os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem”, com 2,83, e a menor no item 17 - “são proporcionadas oportunidades de promoção”, com 1,65.

Esta subescala apresentou uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014) para esta amostra (alfa de Cronbach = 0,83)

Tabela 3: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital (PEGIH)” (a escala varia entre 1 - discordo totalmente e 4 - concordo totalmente).

PE - GIH	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 5	Tenho oportunidade de desenvolvimento / ascensão na carreira profissional.	2221	1,68	0,73	1	4
Item 6	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.	2197	1,75	0,69	1	4
Item 11	O director de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal.	2219	2,37	0,80	1	4
Item 15	A direcção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar.	2177	2,39	0,72	1	4
Item 17	São proporcionadas oportunidades de promoção.	2206	1,65	0,65	1	4
Item 21	A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.	2200	2,01	0,68	1	4
Item 23	Os enfermeiros estão envolvidos na governação interna do hospital (ex: comissões de práticas e de política).	2205	2,42	0,74	1	4
Item 27	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem.	2194	2,83	0,61	1	4
Item 28	Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.	2190	2,06	0,74	1	4
	Subescala *	2234	2,13	0,46	1	4

* Alfa de Cronbach 0,83; N=2049

Fundamentos de enfermagem para a qualidade

A pontuação média mais elevada nesta subescala verificou-se no item 31 “utilizam-se os diagnósticos de enfermagem, com 3,23” e a menor no item 25 - “existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados”, com 2,31 (Tabela 4).

Nesta dimensão, o alfa de Cronbach foi de 0,75, o que traduz uma razoável (Pestana & Gageiro, 2014) consistência interna do instrumento de medida utilizado.

Gestão, Liderança e Suporte dos Enfermeiros

Os resultados referentes aos itens da subescala “gestão, liderança e suporte dos enfermeiros” são os que figuram na Tabela 5.

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 20 “O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico, com 2,84” e a menor no item 13 - “há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa”, com 2,12.

Nesta componente, o alfa de Cronbach foi de 0,78, o que traduz uma razoável (Pestana & Gageiro, 2014) consistência interna do instrumento de medida utilizado neste estudo.

Tabela 4: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “fundamentos de enfermagem para a qualidade (FEPQ)” (a escala varia entre 1 - discordo totalmente e 4 - concordo totalmente).

FEPQ	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 4	Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros	2182	2,65	0,70	1	4
Item 14	A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	2218	3,01	0,62	1	4
Item 18	Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes	2216	2,59	0,68	1	4
Item 19	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico	2218	3,13	0,52	1	4
Item 22	Existe um programa ativo de garantia da qualidade	2197	2,57	0,67	1	4
Item 25	Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados	2214	2,31	0,85	1	4
Item 26	Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.	2197	2,94	0,64	1	4
Item 29	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes	2209	3,06	0,71	1	4
Item 30	A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente de um dia para o outro.	2207	2,98	0,71	1	4
Item 31	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem	2211	3,23	0,64	1	4
	Subescala *	2233	2,85	0,38	1	4

* Alfa de Cronbach 0,75; N=2067

Tabela 5: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “gestão, liderança e suporte dos enfermeiros” (GLSE)” (a escala varia entre 1 - discordo totalmente e 4 - concordo totalmente).

GLSE	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 3	Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros.	2207	2,16	0,74	1	4
Item 7	Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.	2201	2,19	0,74	1	4
Item 10	Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder.	2202	2,83	0,74	1	4
Item 13	Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa.	2223	2,12	0,70	1	4
Item 20	O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico.	2212	2,84	0,78	1	4
	Subescala *	2234	2,43	0,54	1	4

* Alfa de Cronbach 0,78; N=2133

Adequação de Recursos Humanos e Materiais

Na tabela 6 apresentam-se os resultados referentes aos itens desta subescala.

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 1 “serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes”, com 2,28

e a menor no item 9 - “existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes”, com 1,79.

A subescala “adequação de recursos humanos e materiais” apresentou uma razoável (Pestana & Gageiro, 2014) consistência interna para esta amostra (alfa de Cronbach = 0,74)

Tabela 6: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “adequação de recursos humanos e materiais” (ARHM)” (a escala varia entre 1 - discordo totalmente e 4 - concordo totalmente).

GLSE	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 1	Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes.	2204	2,28	0,78	1	4
Item 8	Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros.	2216	2,24	0,69	1	4
Item 9	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes.	2219	1,79	0,73	1	4
Item 12	Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas.	2205	1,86	0,69	1	4
	Subescala *	2234	2,04	0,54	1	4

* Alfa de Cronbach 0,74; N=2156

Relação entre Médicos e Enfermeiros

Na tabela 7 apresentam-se os resultados referentes aos itens da subescala “relação entre médicos e enfermeiros”.

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 2 “os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho”, com 2,74 e a menor no item 16 - “existe muito trabalho de equipa entre

enfermeiros e médicos”, com 2,37.

O alfa de Cronbach foi de 0,80, o que traduz uma boa (Pestana & Gageiro, 2014) consistência interna do instrumento de medida utilizado.

Tabela 7: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “relação entre médicos e enfermeiros” (REME)” (a escala varia entre 1 - discordo totalmente e 4 - concordo totalmente).

REME	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 2	Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho.	2206	2,74	0,60	1	4
Item 16	Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos.	2225	2,37	0,67	1	4
Item 24	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.	2210	2,55	0,64	1	4
	Subescala *	2234	2,55	0,54	1	4

* Alfa de Cronbach 0,80; N=2182

No estudo RN4Cast, a nível internacional e nacional, foram utilizados nesta subescala os itens adicionais constantes da Tabela 8.

Tabela 8: Resultados descritivos relativos aos itens adicionais do estudo RN4Cast.

Itens	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 32	Os médicos valorizam os juízos e as observações dos enfermeiros.	2192	2,63	0,66	1	4
Item 33	Os médicos reconhecem as contribuições dos enfermeiros para o tratamento do doente.	2208	2,63	0,67	1	4
Item 34	Os médicos respeitam os enfermeiros como profissionais.	2203	2,64	0,66	1	4
Item 35	Os médicos têm os enfermeiros em alta estima.	2197	2,23	0,68	1	4
	Total *	2219	2,53	0,57	1	4

* Alfa de Cronbach 0,88; N=2158

Relação entre a perceção dos “ambientes de prática” e algumas variáveis demográficas e profissionais

O estudo da relação entre a qualidade dos ambientes de prática (classificação dicotómica de Lake, 2002) e as variáveis sociodemográficas

e profissionais analisadas apenas se verificou significativo, com o nível de significância de 5% ($p=0,05$), em relação às variáveis: dimensão do hospital (número de camas), idade dos participantes e antiguidade profissional no hospital e na profissão (Tabelas 9, 10, 11). A relação com o tipo de serviço (Tabela 12) apresentou o nível de

significância marginal ($p=0,059$). A das restantes variáveis - sexo, licenciatura em enfermagem, título profissional, local de trabalho (região) e trabalhar em outros locais (part time) - não se mostrou estatisticamente significativa.

Assim, no que diz respeito à dimensão do hospital (número de camas), foram os

participantes dos hospitais com menor dimensão que percecionaram ambientes de trabalho de enfermagem mais favoráveis, conforme podemos constatar na Tabela 9.

Tabela 9: Relação entre dimensão do hospital e perceção da qualidade do ambiente de trabalho *

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Ambiente de Trabalho				Total	
		Desfavorável		Favorável			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dimensão do Hospital (Nº de Camas)	Inf. 500 camas	595	54,0	506	46,0	1101	100,0
	Entre 500 e 1000	455	54,8	375	45,2	830	100,0
	Superior a mil	215	70,1	88	29,0	303	100,0
	Total	1265	56,6	969	43,4	2234	100,0

* $p=0,000$

Em relação à idade, os participantes do grupo etário mais jovem são os que percecionaram, de modo significativo, ambientes mais favoráveis, conforme apresentado na Tabela 10. O grupo

etário com menor pontuação foi o correspondente à idade situada entre os 31 e os 35 anos, logo os que percecionam ambientes mais desfavoráveis.

Tabela 10: Relação entre grupo etário e perceção da qualidade do ambiente de trabalho *

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Ambiente de Trabalho				Total	
		Desfavorável		Favorável			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Idade	Inf. a 26 Anos	42	41,2	60	58,8	102	100,0
	Entre 26 e 30 Anos	421	55,5	337	44,5	758	100,0
	Entre 31 e 35 Anos	311	62,2	189	37,8	500	100,0
	Entre 36 e 40 Anos	170	56,5	131	43,5	301	100,0
	Entre 41 e 45 Anos	124	59,6	84	40,4	208	100,0
	Entre 46 e 50 Anos	78	49,7	79	50,3	157	100,0
	Sup. a 50 anos	60	51,7	56	48,3	116	100,0
	Total	1206	56,3	936	43,7	2142	100,0

* $p=0,002$

De referir que a idade compreendida entre 26 e 45 anos (grupos etários com menor nível de ambiente de prática) corresponde a 82,5% dos participantes.

No que diz respeito à experiência profissional (antiguidade na profissão), foram os participantes dos grupos extremos que percecionaram ambientes de trabalho mais favoráveis, conforme representado na Tabela 11.

Tabela 11: Relação entre experiência (antiguidade na profissão) e percepção da qualidade do ambiente de trabalho *

Variáveis sociodemográficas e profissionais	Ambiente de Trabalho				Total		
	Desfavorável		Favorável				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Experiência (Ant. Prof.)	Inf. a 5 Anos	190	50,5	186	49,5	376	100,0
	Entre 5 e 9 Anos	429	58,0	311	42,0	740	100,0
	Entre 10 e 14 Anos	221	62,6	132	37,4	353	100,0
	Entre 15 e 19 Anos	165	57,7	121	42,3	286	100,0
	Entre 20 e 24 Anos	117	56,0	92	44,0	209	100,0
	Sup. a 24 anos	84	49,1	87	50,9	171	100,0
Total	1206	56,5	929	43,5	2135	100,0	

* p=0,009

Salientamos, no entanto, que os três grupos de antiguidade profissional com percepção de ambiente de trabalho desfavorável (entre 5 e 19 anos) correspondem a 64,6 % dos enfermeiros participantes no estudo.

Quanto ao tipo de serviço, foram os participantes que trabalham em serviços de medicina que

percecionaram ambientes menos favoráveis, embora a um nível de significância estatística um pouco acima do estabelecido - 5% (Tabela 12). Os melhores ambientes verificaram-se entre os participantes dos serviços de especialidades médicas.

Tabela 12: Relação entre a variável tipo de serviço e percepção da qualidade do ambiente de trabalho *

Variáveis sociodemográficas e profissionais	Ambiente de Trabalho				Total		
	Desfavorável		Favorável				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tipo de Serviço	Medicina	426	60,8	275	39,2	701	100,0
	Cirurgia	220	57,6	162	42,4	382	100,0
	Ortopedia	186	57,8	136	42,2	322	100,0
	Espec. Médicas	182	50,8	176	49,2	358	100,0
	Espec. Cirúrgicas	199	54,7	165	45,3	364	100,0
	Misto	38	55,1	31	44,9	69	100,0
Total	1251	57,0	43	945,0	2196	100,0	

* p=0,06

Discussão

A análise e interpretação dos resultados anteriormente descritos mostram que os ambientes de prática de enfermagem nos serviços médico-cirúrgicos de adultos dos hospitais portugueses são, na perspectiva dos enfermeiros, pouco favoráveis (Lake, 2002), particularmente em três das cinco dimensões: adequação de recursos humanos e materiais, participação dos enfermeiros

na governação interna do hospital e gestão, liderança e suporte aos enfermeiros. Estudos realizados em outros países apresentam valores francamente mais favoráveis nestas subescalas, designadamente alguns realizados nos EUA, Canadá e Austrália (Warshawsky & Havens, 2011; Kelly, Kutney-lee, Lake, & Aiken, 2013) e, mais recentemente, na Europa, no âmbito do consórcio RN4Cast (Desmedt et al., 2012; Aiken, Sloane,

Bruyneel, Van den Heede, & Sermeus, 2013). Estes resultados no entanto confirmam os de alguns estudos anteriormente realizados em Portugal, embora de âmbito mais localizado (Amaral et al., 2012; Amaral & Ferreira, 2013; Ferreira & Martins, 2014). O que poderá evidenciar a possibilidade de impactos negativos na qualidade e segurança dos cuidados aos utentes (Aiken, Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee, et al., 2012; Aiken et al., 2013; Coetzee, Klopper, Ellis, & Aiken, 2013; Kirwan, Matthews, & Scott, 2013; Shen, Chiu, Lee, Hu, & Chang, 2011; Smeds Alenius, Tishelman, Runesdotter, & Lindqvist, 2014; You, Aiken, Sloane, Liu, He, Hu et al., 2013) e na saúde e bem-estar dos profissionais (Baumann, 2007; Laschinger, Finegan, & Wilk (2011).

À semelhança dos estudos internacionais (Abad-Corpa, Molina-Durán, Vivo-Molina, Moya-Ruiz, Martínez-Hernández, Romero-Pelegrín, et al., 2013; Shang, Friese, Wu, & Aiken, 2013), também se verificou que a qualidade dos ambientes de prática é variável consoante a organização e, nalguns casos, entre os diferentes serviços das mesmas. Todavia, ao contrário de alguns daqueles estudos, neste constatámos que nenhuma organização apresentou níveis considerados favoráveis (Lake, 2002) na subescala “adequação de recursos humanos e materiais”. Não obstante habitualmente esta ser a dimensão dos ambientes de prática menos pontuada, os valores observados no presente estudo são bastante inferiores aos encontrados na literatura recente (Dekeyser Ganz & Toren, 2014; Desmedt et al., 2012; Shang, et al., 2013). O que, a priori, poderá estar relacionado com o contexto de crise social e económica que o país atravessa. Todavia, a existência de estudos Portugueses realizados em anos anteriores apresentando resultados no mesmo sentido (Amaral et al., 2012; Amaral & Ferreira, 2013; Ferreira & Martins, 2014) sugerem uma investigação mais aprofundada sobre cada um dos casos de maior e pior qualidade de ambientes de prática.

Em relação à dimensão “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital” verificou-se que apenas uma das organizações participantes (3,2%) apresentou

valores considerados favoráveis nesta dimensão, sugerindo, igualmente, um estudo mais detalhado das suas características, o que se encontra fora do âmbito dos objectivos deste artigo.

Porém, todas as organizações apresentaram níveis considerados favoráveis (Lake, 2002) na dimensão “fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados”, o que poderá explicar-se pelo elevado nível de formação graduada e pós-graduado dos enfermeiros portugueses, aliado ao histórico de implementação de modelos teóricos de enfermagem nas organizações, da implementação do processo de enfermagem nos sistemas de documentação, da profusa disseminação do referencial dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, da utilização do sistema de classificação de doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem e, mais recentemente, da incorporação da CIPE nos Registos Electrónicos de Enfermagem, em uso na maior parte dos serviços participantes no estudo.

A relação entre médicos e enfermeiros foi a segunda dimensão mais pontuada, embora com um score muito próximo do limiar do ponto de corte da escala (2,5). O que está em consonância com estudos anteriores realizados na região centro do país (Amaral et al., 2012), porém, na globalidade, no presente estudo um pouco mais favoráveis.

A análise dos itens mais pontuados e menos pontuados, respectivamente, “utilizam-se diagnósticos de enfermagem” e “são proporcionadas oportunidades de promoção”, não surpreende face ao anteriormente referido a propósito dos sistemas de documentação electrónica em uso na maior parte dos contextos do presente estudo, por um lado e, por outro, da inoperabilidade da actual carreira de enfermagem que, não obstante publicada há mais de cinco anos, ainda não se encontra completamente implementada. Além da crise económica e social dos últimos anos que muito tem penalizado o sector da saúde em geral e o da enfermagem em particular.

O estudo da relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a percepção dos enfermeiros em relação aos ambientes de prática apenas se mostrou significativa, ao nível de significância estabelecido (5%), em relação à

idade e antiguidade profissional dos participantes e à dimensão (número de camas) do hospital.

Os enfermeiros dos escalões etários e de antiguidade profissional intermédios avaliam mais desfavoravelmente os seus ambientes de trabalho. Este facto assume particular importância na medida em que é neles que reside a maior percentagem de enfermeiros (cerca de 4 em cada 5). Além de que, são os enfermeiros destes mesmos grupos etários que em melhores condições se encontram para uma avaliação mais fiel em relação aos padrões de qualidade dos cuidados a que estavam habituados no período anterior à actual crise económica e social. O que sugere uma rápida intervenção no sentido da obtenção de maior apoio no desenvolvimento de competências dos profissionais mais jovens, por um lado e, por outro, a correcção os factores inerentes aos ambientes de prática menor pontuados pelos enfermeiros com maior experiência profissional. Conforme referem Aiken et al., 2012, a melhoria dos ambientes de prática constitui uma estratégia de baixo custo para aumentar a satisfação do utente, a qualidade e a segurança dos cuidados e, consequentemente, o valor da enfermagem.

Em relação à variável “dimensão do hospital” verificou-se uma associação estatisticamente significativa com a qualidade dos ambientes de prática, porém do tipo negativo, o que vai de encontro à literatura mais recentemente disponível (Dekeyser Ganz & Toren, 2014; Lindqvist, Smeds Alenius, Griffiths, Runesdotter, & Tishelman, 2015), exigindo melhor ponderação no modo de estar dos responsáveis administrativos e profissionais, particularmente nas organizações de maior dimensão.

Por fim, e no que concerne ao tipo de serviço, embora na margem da significância estatística estipulada, os serviços de medicina, tal como já acontecera com o estudo dos níveis de burnout e de engagement (Jesus et al., 2014; Marques-Pinto et al., 2015), surgem como sendo os que possuem, na globalidade, piores ambientes de prática. O que poderá estar relacionado com a tradicional menor atenção dispensada pelos responsáveis organizacionais a este tipo de serviço, por natureza mais exigentes do ponto de vista dos utentes e dos

profissionais.

Conclusão

Não obstante a qualidade dos ambientes de prática na maior parte dos hospitais portugueses ser percecionada como desfavorável, existe uma ampla variação entre organizações e, nestas, entre serviços, sugerindo uma elevada margem para desenvolvimento.

A dimensão “adequação de recursos humanos e materiais” verificou-se ser, em todos os hospitais, a componente mais crítica da qualidade dos ambientes de prática requerendo uma especial atenção nesta importante dimensão. Todavia, conforme referem Aiken et al. (2012), o investimento no reforço das dotações tornar-se-á tanto mais eficiente e efectivo, na medida em que os ambientes de prática forem mais favoráveis.

Já no que se refere às dimensões “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital” e “gestão, liderança e suporte aos enfermeiros”, não obstante se terem verificado igualmente desfavoráveis, outras estratégias deverão ser empreendidas, por não envolverem, na maior parte das vezes, custos financeiros adicionais.

As componentes “fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados” e “relação entre médicos e enfermeiros” apresentaram, no entanto, valores mais favoráveis, ainda que abaixo dos valores de referência de outros estudos a nível internacional. Neste sentido, uma maior atenção a estes aspectos deverá ser requerida, particularmente em relação à comunicação e trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros, dada a sua importância para a qualidade e segurança dos cuidados.

Por fim, um resultado que deverá merecer igualmente prioridade na sua minimização, a maior percepção de ambientes de trabalho negativos por parte dos enfermeiros dos escalões intermédios de idade e de antiguidade profissional, não apenas por constituírem a maioria dos enfermeiros nestes contextos mas, sobretudo, pela referência que constituem para os colegas mais jovens, os quais, devido ao seu reduzido portefólio de experiências, desconhecem ambientes diferentes daqueles em que atualmente exercem.

Não obstante algumas limitações, entre as quais

se destacam a de uma investigação observacional transversal se tratar e de se basear em resposta dos participantes, face aos resultados encontrados, designadamente a variabilidade dos ambientes dentro e entre hospitais, sugere-se a realização de estudos longitudinais, de casos de sucesso/insucesso nestes e noutros contextos de cuidados.

Conflito de interesse

Neste estudo não se aplicam quaisquer condições de financiamento e não existem outros conflitos de interesse a declarar.

Bibliografia

- Abad-Corpa, E., Molina-Durán, F., Vivo-Molina, M. C., Moya-Ruiz, B., Martínez-Hernández, A., Romero-Pelegrín, J. M., et al. (2013). Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 345–354. <http://doi.org/10.1016/j.cali.2013.05.007>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., & Sochalski, J. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 28(16), 1987–1993.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143–153. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, 1717(March), 1–14. <http://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Alsopach, G. (2009). Craft your own healthy work environment: Got your BFF? *Critical Care Nurse*, 29(2), 12–21. <http://doi.org/10.4037/ccn2009931>
- Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L., & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280–288. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1114167962?accountid=14620>
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5(2) 66-74
- Baumann, A. (2007). Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care Information and Action Tool Kit. International Council of Nurses.
- Begley, R., Brennan, J., & Salmond, S. (2009). A Systematic Review of Evidence on Determining the Impact of Magnet Designation on Nursing and Patient Outcomes. Is the Investment Worth It? University of Medicine and Dentistry of New Jersey, School of Nursing, 7(26), 2009.
- Coetzee, S. K., Klopper, H. C., Ellis, S. M., & Aiken, L. H. (2013). A tale of two systems-Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 162–173. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.002>
- Dekeyser Ganz, F., & Toren, O. (2014). Israeli nurse practice environment characteristics, retention, and job satisfaction. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3(1), 7. <http://doi.org/10.1186/2045-4015-3-7>
- Desmedt, M., De Geest, S., Schubert, M., Schwendimann, R., & Ausserhofer, D. (2012). A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Medical Weekly*, 142(December), w13733. <http://doi.org/10.4414/smw.2012.13733>
- Doran, D., & Almost, J. (2003). Nursing sensitive outcomes: The state of the science. Jones & Bartlett Learning.
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., & Giovannetti, P. (2005). The

impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing research*, 54(2), 74-84.

Ferreira, M. R. S. D. C. F., & Martins, J. J. P. A. (2014). [Study of adaptation and validation of the Practice environment scale of the nursing work index for the Portuguese reality]. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 48(4), 690-7. <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400017>

Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health services research*, 43(4), 1145-1163.

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., et al., & Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International journal of nursing studies*, 43(2), 237-263.

Hinno, S. (2012). *The Professional Practice Environment: Hospital Nurses' Perspectives in three European Countries*. Dissertação. Doutorado, University of Eastern Finland

IOM (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. *Critical Care Medicine*. <http://doi.org/10.1097/01.CCM.0000142897.22352.05>

JB I (2010). Evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes. *Best Practice*, 14(11), 1-4. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011232504&lang=fr&site=ehost-live> Publisher URL: www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=2081&accno=2011232504

Jesus, E., Marques-Pinto, A., Fronteira, I., & Mendes, A. (2014). Estudo RN4CAST em Portugal: Percepção dos Enfermeiros sobre Burnout. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº9, 47-59.

Kelly, B. D., Kutney-lee, A., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2013). The critical care work environment and nurse-reported health care associated infections *American Journal of Critical Care*, 22(6), 482-489. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013298>

Kelly, L. A., McHugh, M., & Aiken, L. (2011). *Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet*

Hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(1), 33. <http://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31823ee676>

Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 253-263. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>

Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188. <http://doi.org/10.1002/nur.10032>

Lake, E. (2007). *The nursing practice environment: Measure and evidence*. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 104S-112S. <http://doi.org/10.1177/1077558707299253>

Lake, E., Friese, C. (2006) - Variations in Nursing Practice Environments: Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nursing Research*. 55 (1), 1-9.

Laschinger, H. K. S., Finegan, J., & Wilk, P. (2011). Situational and dispositional influences on nurses' workplace well-being: the role of empowering unit leadership. *Nursing research*, 60(2), 124-131.

Last, JM (2011). *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Lindqvist, R., Smeds Alenius, L., Griffiths, P., Runesdotter, S., & Tishelman, C. (2015). Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 263-274. <http://doi.org/10.1111/jonm.12123>

Marques-Pinto, A., Jesus, E., Mendes, A & A., Fronteira, I. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº10, 26-37.

Milisen, K., Abraham, I., Siebens, K., Darras, E., & de Casterlé, B. D. (2006). Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 745-754.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais*. (6ª edição). Lisboa:

Edições Silabo

Petit dit Dariel, O., & Regnaud, J.-P. (2013). Do Magnet®-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: A systematic review protocol. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11(11), 125. <http://doi.org/10.11124/jbisrir-2013-1155>

Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., et al.. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10(1), 6. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>

Sermeus W., Delesie L. (1996). Ridit analysis on ordinal data. *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 18 Issue 3, 351-360.

Shang, D. J., Friese, D. C. R., Wu, M. E., & Aiken, L. H. (2013). Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. *Cancer nursing*, 36(3), 206-212 <http://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31825e4293>

Shen, H. C., Chiu, H. T., Lee, P. H., Hu, Y. C., & Chang, W. Y. (2011). Hospital environment, nurse-physician relationships and quality of care: Questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 349–358. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05502.x>

Silva, P.(2006). Effects of disposition on hospitality employee job satisfaction and commitment. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 18(4), 317-328.

Smeds Alenius, L., Tishelman, C., Runesdotter, S., & Lindqvist, R. (2014). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Quality & Safety*, 23(3), 242–9. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001734>

Sousa, P. A. F. (2006). Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo. Formasau.

Stordeur, S., & D'Hoore, W. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses.

Journal of advanced nursing, 57(1), 45-58. Warshawsky N & Havens D (2011). Global Use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing Research*, 60(1), 17–31

Warshawsky, N. E., & Havens, D. S. (2011). Global use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing research*, 60(1), 17

You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, Y., et al.. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154–161. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003>

IDENTIDADE PROFISSIONAL, HISTÓRIA E ENFERMAGEM

Paulo Joaquim Pina Queirós⁽¹⁾



Resumo

Num artigo teórico, reflexivo, abordamos o papel da história na construção da identidade profissional da enfermagem. A história do desenvolvimento da enfermagem é a história da construção da sua identidade, fruto de condicionalismos, de programas externos, das visões que se vão construindo, dos espaços criados e conseguidos para a afirmação profissional e disciplinar. Neste âmbito as generalizações são fortemente permeáveis e constituintes de processos ideológicos de formatação.

Palavras-chave: Identidade; Profissão; Identidade Profissional; História de Enfermagem

Abstract

PROFESSIONAL IDENTITY, HISTORY AND NURSING

In a theoretical, reflective article, we discuss the role of history in the construction of the professional identity of nursing. The history of nursing development is the history of the construction of their identity, the result of constraints, external programs, the views that are building, spaces created and achieved for the professional and disciplinary statement. In this context generalizations are highly permeable and constituents of ideological formatting processes.

Keywords: Identity; Profession; Professional identity; History of Nursing

Resumen

IDENTIDAD PROFESIONAL, HISTORIA Y ENFERMERÍA

En un artículo teórico, reflexivo, se discute el papel de la historia en la construcción de la identidad profesional de enfermería. La historia del desarrollo de la enfermería es la historia de la construcción de su identidad, el resultado de las limitaciones, los programas externos, las vistas son de construcción que, espacios creados y logrados por la declaración profesional y disciplinaria. En este contexto, las generalizaciones son altamente permeables y componentes de los procesos de formato ideológicas.

Palabras clave: Identidad; Profesión; Identidad profesional; Historia de la Enfermería

1 - Introdução

A identidade profissional é resultante de um processo construído, de múltiplas influências, das quais se tende a destacar os percursos passados e por isso históricos. A forma como determinado grupo profissional se apresenta e se assume colectivamente, como se identifica e como é identificado, não se fica no entanto por eventuais condicionalismos, pretensos determinismos, antes é em si, um processo tão complexo que engloba passado e presente, visão interna e visão externa, anseios de grupo e constrangimentos sociais.

Este artigo de natureza teórica, reflexivo, aborda o papel da história na construção da identidade profissional da enfermagem. Identificada uma dificuldade inicial ligada a uma visão instrumental e a uma eventual concepção teleológica da história, sentiu-se a necessidade de

aclaração dos conceitos de identidade, profissão e identidade profissional, bem como de clarificação do processo de investigação histórica. Antes de chegarmos à abordagem da identidade profissional na enfermagem, procurámos verificar como na história se questiona a construção identitária, e socorremo-nos do exemplo de um grupo mais amplo - a nação. Por fim, numa perspectiva crítica, com um olhar a partir da história, colocamos seis questionamentos a tópicos com interesse para a discussão identitária na enfermagem.

2 - Uma dificuldade inicial

A abordagem deste tema em bom rigor confronta-nos com os nossos percursos, a nossa visão da profissão e da disciplina de enfermagem, mas também com a concepção, de que somos portadores, da história e do seu papel, e que

Rececionado em outubro de 2015. Aceite em novembro 2015.

⁽¹⁾ Pós-doutorado ICBAS-UP; PhD; Professor Coordenador ESEnfC; Investigador UICISA-E.

necessariamente contém contornos ideológicos. Acresce ainda que somos confrontados com uma dualidade pessoal inerente ao facto de sermos simultaneamente aprendizes de historiador e profissionais de enfermagem.

Daqui resulta uma primeira questão, fonte de incómodo, relacionada com uma visão, eventualmente preponderante neste círculo e para esta temática, que atribui um papel instrumental à história na construção da identidade profissional. Ou seja, a história como operador da construção identitária disciplinar ou profissional.

O que me coloca à partida três questões: a) História compreensiva e interpretativa, sim, mas objectiva. b) Visão da história a servir uma finalidade, um propósito, trás consigo o elevado risco de resvalar para manipulação. c) A possibilidade de uma história a situar e esclarecer as condicionantes identitárias, que tenham a ver com a construção processual ao longo do tempo, do passado com expressão no presente.

Esclarecendo, o meu ponto de partida assenta em pressupostos históricos e identitários. Relacionado com a visão da história: O contributo da história para compreensão da construção identitária de cada momento. O factual na construção e reposicionamento identitário. A compreensão de que a construção identitária mesmo em categorias não factuais (manipulação ideologia) tem um significado histórico em si, que importa conhecer. Relacionado com a identidade profissional: Somos o que acreditamos ser. Somos aquilo que nos fizeram ser. Somos aquilo que pensam de nós. Somos aquilo que queremos ser. Somos aquilo que nos deixam ser.

Confuso? Diria antes complexo, tudo se baralha e reconstrui. Na abordagem da identidade profissional ganha centralidade os conceitos: construção, processo, contexto, provisório, ideológico. E, mais uma vez se confronta com a esperada objectividade histórica.

3 - Identidade, profissão e identidade profissional

Importa ir ao encontro dos conceitos identidade, profissão e identidade profissional. Vejamos, através de uma revisão não exaustiva, mas procurando autores chave, o que estes nos referem de mais significativo e caracterizador.

Quanto à identidade, esta “é formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam, sendo reafirmada ao longo do tempo, de modo que a identidade permanece sempre incompleta” (Hall, 2000, in Prestes, et al. s.d., p.1). Maria Itayra Padilha (2011) revendo Eder (2003) e Strath (2002) refere que “os indivíduos constroem sua identidade, cuja manutenção depende basicamente das interações mantidas por eles no processo de compreensão de si próprios e da sua relação com a realidade” (p.242).

A identidade tem expressão individual e grupal, as “identidades colectivas passam a ser compreendidas a partir não só de um agregado de interações sociais, mas também de razão político-estratégica de actores sociais.” (Padilha, et al. 2011, p.242). Enfatizando ainda esta autora que “pode-se considerar que pertence ao senso comum a ideia de que identidades colectivas são construções políticas e sociais e que assim devem ser tratadas” (Hobsbawn, Ranger, 1992; Le Goff, 1990; Burke, 1991, in Padilha, et al. 2011, p. 242).

Pinto (1991) salienta que a construção de identidades alimenta-se “de trajectos sociais incorporados nos agentes, da posição ocupada por estes na estrutura social (...) e dos projectos que, em função das coordenadas estruturais (...) são socialmente formuláveis em cada momento. (Esteves, 2012, p.14). E na mesma esteia para Dubar (1997, p.117) “o espaço de reconhecimento das identidades é inseparável dos espaços de legitimação dos saberes e competências associados às identidades”.

“A construção da identidade enquanto processo que se estabelece no constante contacto com o(s) outro(s) num infinito devir, (re)elabora formas de ser, ver e pensar dos indivíduos como resultado das interações sociais” (Morais, 2008, p. 94). Esta é para Sainsaulieu (1985, p.9, cit in Dubar, p.115) “mais do que um processo biográfico de construção do eu, é um processo relacional de investimento no eu, onde o reconhecimento identitário se encontra fortemente dependente das relações de poder estabelecidas do lugar que o individuo ocupa no grupo do sentimento de

pertença dos valores e crenças” (Esteves, 2012, p. 14). Neste seguimento facilmente se aceita que “... o fenómeno da identidade se estabelece no constante processo histórico das relações e interações sociais ...” (Morais, 2008, p.93-94).

Ouseja, “adinâmica gerada no processo identitário é sustentada por um processo de socialização dos indivíduos, através das suas experiências sociais e biográficas, que se concretizam na interacção cultural e social, através da sua identificação ao outro, não só pelo reconhecimento pelos pares mas fundamentalmente pelas vivências comuns e comumente partilhadas” (Esteves, 2012, p.15).

Para a compreensão do conceito identidade também é interessante verificar que “...segundo o especialista da psicologia social Eric Erikson [1976], para identificar qualquer objecto é necessário: 1) distingui-lo de qualquer outro objecto; 2) atribuir-lhe um significado; 3) conferir-lhe um valor...” (Mattoso, 2008, p.5).

Conceito de profissão é vista como “uma estrutura de saberes que organizam o conjunto das significações relativas a um determinado objecto” (Blin, 1997, p.74).

Uma profissão parece organizar-se em torno de um núcleo estruturante central, refere-nos Santos (2011). O núcleo estruturante central “determina, por sua vez, o significado e a organização da representação social” (Blin, 1997, p.75) assegurando duas funções, segundo Santos (2011): Uma função geral, a partir da qual os elementos da representação assumem os seus valores. Uma função organizadora já que é o núcleo central que determina a natureza das relações que unem os elementos entre si, sendo unificador e organizador de representação social permitindo a estabilidade da representação em contextos sociais mutantes. (Santos, 2011).

A identidade profissional é um conceito “iminentemente relacional” (Pinto, 1991) com dois processos distintos: Um processo de identificação, onde “os actores sociais se integram em conjuntos vastos, de pertença ou referência, com eles se fundindo de modo tendencial (Pinto, 1991, p. 218). Veja-se na perspectiva de Erikson (1976), corresponde a atribuir-lhe um significado e conferir um valor. Um processo de identificação

“através do qual os agentes tendem a autonomizar-se e diferenciar-se socialmente, fixando em relação a outros, distâncias e fronteiras mais ou menos rígidas. (Pinto, 1991, p. 218). Veja-se que para Erikson (1976) é o distinguir de qualquer outro.

Assim podemos acompanhar Santos (2011, p.69), quando afirma “a identidade profissional fundamenta-se igualmente, no reconhecimento e na visibilidade social que permite a apropriação identitária dentro do mesmo grupo profissional, bem como nos outros grupos profissionais que dele se distinguem”, e continuando, “... é um processo socialmente construído (ou seja, tem em linha de conta os contextos e as interações sociais e profissionais onde o indivíduo se move) é fruto de negociações ...” (Santos, 2011, p.69).

Uma visão bem dinâmica e nada linear de identidade profissional refere-nos que “...os sujeitos expressam suas representações sociais de mundo e de si, e para tanto, usam os mais diversos elementos constituintes dessas percepções, que permeiam seus imaginários e seu mundo simbólico, numa constante dialéctica entre o presente e o passado, entre o “velho eu” e o “novo eu.” (Morais, 2008, p. 93-94).

Interessa ainda ao esclarecimento da noção de identidade profissional “a noção de «hábito» de um grupo social particular, formulada pelo sociólogo Pierre Bourdieu. Por «hábito» de um grupo, Bourdieu entende a propensão de seus membros para seleccionar respostas de um reportório cultural particular, de acordo com as demandas de uma determinada situação ou de um determinado campo. Diferente de «regras», o «hábito» tem a grande vantagem de permitir que seus usuários reconheçam a extensão da liberdade individual dentro de certos limites estabelecidos pela cultura” (Burke, 1992, p.34).

4 - O processo de investigação histórica

A investigação histórica como processo é algo que não é linear ou estático, muito menos determinista, antes se percebe bem num contexto de multiplicidade, diríamos mesmo de complexidade. Complexidade própria do humano, dos fenómenos sociais e da construção das suas representações. A complexidade do processo histórico é-nos trazida

por Reis Torgal, et al. (1996, p.491) na afirmação “... entendemos, como José Mattoso [1997], que a história é, efectivamente uma representação de representações...”.

Para Mattoso “...a História constitui para a sociedade actual um dos fundamentos mais importantes da memória colectiva, e, por conseguinte, da consciência de identidade” (2008, p.102).

A perspectiva interdisciplinar será condição necessária para o historiador, em consonância com a complexidade dos fenómenos sociais e humanos, e disso nos dá conta Mattoso (1997) “... estou firmemente convencido da necessidade de o historiador se apoiar no terreno conceptual, e de as opções aí tomadas serem explícitas, o que obriga ao esclarecimento prévio de muitas questões teóricas, sobretudo em matérias relacionadas com as ciências humanas, como a Sociologia, a Psicologia ou a Antropologia.” (p.15).

É nesta linha de pensamento que referimos em trabalhos anteriores que “o processo de investigação histórica pressupõe um caminho metodológico orientador não apenas estritamente de natureza científico, ou seja, lógico, racional e discursivo, como refere Mattoso (1997), mas também nos processos da imaginação e da perspicácia, sendo que só assim, e através de uma atitude contemplativa no sentido do rigor e profundidade da observação, na abordagem sistemática, não lacunar, nem aleatória, se aproximará da realidade que os discursos construídos – a escrita da história - procurará reportar.” (Queirós, Almeida-Filho; Monteiro; Santos; Peres, s.d.).

5 - Um exemplo na história: a construção identitária de um grupo mais amplo, a nação

Interessando-nos discutir o papel da história na construção da identidade profissional, procurarmos perceber como era abordada a questão da identidade pelos historiadores. Deparamo-nos com o processo de construção da identidade nacional – a nação- abordado por um autor inquestionável, José Mattoso.

Este autor refere que “entre as várias formas possíveis de tratar o problema da identidade nacional, aquela que me parece mais simples

e operacional é a que se baseia na ideia de que as condições necessárias à sua percepção são as mesmas do que as que presidem à percepção da identidade de qualquer outro objecto, seja ele individual ou colectivo” (Mattoso, 2008, p.5).

Acompanhando a título de exemplo, o processo histórico de análise deste grupo mais amplo – a nação, considere-se “... ter em conta que a identidade nacional resulta antes de mais da percepção que os próprios cidadãos têm de formarem uma colectividade humana. Ora, dado que essa colectividade tem uma existência histórica, será necessário, desde o início de qualquer reflexão, não esquecer que a identidade nacional foi revestindo formas sucessivas diferentes ao longo dos tempos” (Mattoso, 2008, p.5).

Mattoso, historiador consagrado, metodologicamente alerta-nos para o risco de generalizações, abusivas, simplistas, e deslocadas no tempo, afirmando “... será também necessário advertir que as manifestações de consciência da identidade nacional podem ser diferentes e até contraditórias, conforme os grupos humanos que envolvem e as épocas em que se situam. Assim, não é lícito atribuir simultaneamente a todos os habitantes de um país as operações de diferenciação, de significação e de valorização quando envolvem apenas um determinado grupo.” (Mattoso, 2008, p.6).

“Certas observações vêm já desde o século XVII, e tendem a repetir-se, formando aquilo que se pode chamar o “perfil” do português.” (Mattoso, 2008, p.105). A permanência de estruturas de longa duração que parece puderem relacionar-se com determinadas tendências mentais aparentemente muito comuns, como sejam, para dar apenas dois exemplos, a saudade associada ao lirismo e a reduzida capacidade de planeamento aliada à tendência para a improvisação. (Mattoso, 2008).

A “saudade” conceito que terá a ver, segundo Mattoso, com constantes e permanentes fluxos migratórios, relacionados com excessos populacionais séc. XI e XII entre Douro e Minho. Mas também no séc. XIV, pestes e desorganização territorial e social, campos vazios e no séc. XVI, constante fluxo migratório para a Índia/Oriente/

África/Brasil, mais recentemente EEUU/Canadá. A que acresce nos anos 60/70 para a Europa Setentrional. Note-se que desde 2011, emigraram 285 mil portugueses, só em 2013, 100 mil, deste milhares de enfermeiros.

A “Improvisação” (reduzida capacidade de planeamento), outro suposto atributo do povo que deu lugar a esta nação, considere-se como “fenómeno normal numa sociedade semiperiférica, para usar os critérios de Boaventura Sousa Santos e que possivelmente se dissiparia com a generalização de um ensino racional, capaz de inculcar na generalidade da população o sentido do tempo, o sentido da definição das tarefas necessárias para alcançar um determinado objectivo e sobretudo a preferência pelo valor da previsão mais do que a vivência do imediato ou inesperado.” (Mattoso, 2008, p. 107).

6 - Identidade profissional na enfermagem

O processo de construção da identidade profissional da enfermeira decorre de seus saberes, sua história, sua inserção nas diversas instâncias políticas bem como das relações que estabelece com os demais profissionais da área e com pessoas a quem presta cuidados. Na construção da identidade profissional de enfermagem nota-se predomínio da identidade para o outro. Expectável um posicionamento mais proactivo pelo grupo no sentido da construção de si. (Pereira; Oliveira, 2013).

Para Pereira & Oliveira (2013, p. 1) “a identidade profissional da enfermeira continua marcado por cuidado maternal, supremacia do saber médico, formação centrada na técnica e na doença e pouca visibilidade social no que diz respeito ao seu trabalho específico”. Para um estudo realizado por Ribeiro et al. (2006) e citado em Prestes, et al. (sd) três categorias compõem a identidade profissional da enfermeira, são elas “servil, vocacional e profissional”.

A identidade profissional da enfermagem é marcada por uma cultura profissional em que dois dilemas encontram-se articulados: um imaginário mimético com relação à medicina e um imaginário feminino de submissão e inferioridade (Moreira, 1999, cit in Prestes, et al. sd). Onde se pode

constatar dois processos: a participação do estado ao forjar a “identidade para o outro”; a falta de clareza dos enfermeiros no que se refere ao seu trabalho específico. (Pereira; Oliveira, 2013).

A identidade profissional de enfermagem, é resultante de um misto de processos exteriores à enfermagem e internos à profissão, “a construção política dessa identidade colectiva [profissão de enfermagem] vem sendo moldada também pelo papel dos enfermeiros nas entidades de classe nas escolas de formação profissional na realização de eventos na socialização do conhecimento por meio dos periódicos específicos do sector” (Padilha, et al. 2011, p.242).

Em estudo recente sobre a realidade da enfermagem portuguesa, Lopes (1996), afirma que acerca das “... manifestações ideológico-identitárias actualmente dominantes, constatou-se que estas se organizam em torno de duas categorias relativamente diferenciadas, que se designaram, respectivamente, de «profissionalismo» e «profissionalização». Acrescentando que “em qualquer destas categorias a produção de espaços de autonomia profissional constitui o elemento central, o que, sublinhe-se, assinala o distanciamento em relação às formas de «subordinação» incorporadas na matriz da «vocação», e desloca a tradicional relevância conferida às qualidades pessoais para o domínio das qualificações profissionais”.

No “profissionalismo” a ênfase é, segundo Lopes (1996), colocada na necessidade de crescente especialização do campo da enfermagem. Na “profissionalização” a ênfase é colocada na revalorização das competências relacionais, sustentadas em saberes de natureza teórico-formal, constituindo essas competências o “locus” privilegiado de articulação das competências técnicas.

7 – Seis questionamentos à identidade assumida pela enfermagem

a) A ideia maternal ligada à bondade

A visão angelical da enfermeira acompanha outros estereótipos, alguns por ventura menos abonatórios que não vêm ao caso. No entanto refira-se que o senso comum identifica a

enfermeira de uma forma clara com a ideia de bondade, protecção maternal, dedicação, gentileza e carinho. Encontramos na arte, literatura, pintura, cinema a expressão desta configuração. No entanto, em bom rigor, estes anjos tem asas curtas, são essencialmente humanos, e como humanos comportam as contradições inerentes à condição humana.

A bondade como categoria identitária tem de se confrontar, com o lado negro que também existe, até para se despir do carácter divinatório e realisticamente se tornar congruente.

Trabalhos como “Biotecnologias da morte: o lado negro da enfermagem nas práticas do Cuidar” (Monteiro, 2015), são um excelente contributo de investigação séria, reportando o verso e o reverso, objectivando através do questionamento de outras visões sectárias manipulativas do real. Veja-se a referência ao programa nazi “T4” de eliminação de deficientes e registre-se as falas de uma enfermeira-chefe no Hadamar Institute, de seu nome Irmgard Huber, “se não fosse eu a fazê-lo com gentileza, outros o fariam de maneira mais violenta para os doentes, logo, foi melhor para os doentes ter sido eu”; ou “os doentes conheciam-me e confiavam em mim”; ou ainda “foi um acto de bondade tê-lo feito gentilmente e com dignidade”. Ou seja, “noutras palavras, disseram que matar é cuidar” (Shields, 2005, in Monteiro, 2015; falas extraídas de Monteiro, 2015).

b) Profissão historicamente feminina

Importa na categorização da enfermagem como historicamente feminina perceber as diversidades regionais, de país para país. Se é certo que em alguns países a ascendência e a predominância é essencialmente feminina, noutros terá de se olhar com atenção às fontes estatísticas referente aos profissionais, ou aos pré-profissionais, a trabalhar em grandes hospitais, bem como às estatísticas das entradas de estudantes de cada género nas escolas de enfermagem.

Os dados estatísticos disponíveis das admissões de importantes escolas de enfermagem nas grandes cidades de Portugal indicam um equilíbrio entre os sexos, e em alguns anos até um número maior de entradas masculinas, isto até meados da década

de trinta do século XX. Em Portugal o processo de feminização da enfermagem acontece de forma acelerada após os anos trinta com forte expressão durante todo o estado novo mas com a continuação durante os anos da democracia (embora agora, neste último período, por via do aumento das taxas de feminização de todo o ensino superior).

Também, note-se, que ao observarmos o rol de profissionais e pré-profissionais por exemplo nos Hospitais da Universidade de Coimbra, deparamo-nos com um número elevado de masculinização. Tal, necessitando de ser aprofundado, pode corresponder ao facto da taxa de internamento de doentes masculinos ser também predominante, eventualmente também, por as mulheres serem mais tratadas em casa do que nas instituições hospitalares.

Para além da generalização, importa a compreensão concreta. A esta discussão interessa e a ela se junta a clarificação da natureza do cuidar. O cuidar assumido como maternal é essencialmente feminino. No entanto a destriça que Leininger (1978) executa entre cuidar generalizado, cuidar profissional e cuidar profissional de enfermagem ajuda a perceber a diferença e distância entre ser mãe ou ser enfermeira ou enfermeiro.

c) A profissionalização recente

A profissionalização da enfermagem diferenciando-se da sua existência como ocupação é à luz dos critérios da sociologia das profissões, recente e para algumas correntes, mais próximas de perspectivas neoliberais, um processo ainda não concluído.

Ordinariamente identificam-se os traços centrais da profissionalização (reconhecimento social/remuneração; ensino organizado; normas de funcionamento; órgão de controlo; organização/ões profissional/ais) a acontecer com e desde Florence Nightingale (1820-1910). No entanto é sabido que, situando-nos na enfermagem portuguesa, a existência de órgão de controlo autónomo só surge com a criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998, e o regulamento do exercício da profissão de enfermagem (REPE) é de 1996, embora se possa assumir que anteriormente existia regulação com outra legislação para os mesmos fins, embora não

tão específica.

Também em bom rigor, afirme-se, que uma das características diferenciadoras entre profissão e ocupação, o reconhecimento social expresso na atribuição de valor ao trabalho desenvolvido, sendo generalizado apenas no decurso do século XX, pode-se encontrar traço ancestrais que nos fazem reflectir.

Por exemplo em S. Jorge da Mina, actual Gana, no Castelo da Mina, fortaleza portuguesa, no início do século XVI, funcionava uma enfermaria, com enfermeiro e auxiliares, rol de equipamento descrito, funções genericamente referidas e com regras de permanência e substituição, e sobretudo de forma interessante, com a estipulação do rendimento mensal atribuído pelo rei português. Vide a este propósito o artigo: Queirós, P. (2014) -“Enfermeiros e auxiliares portugueses assalariados em S. Jorge da Mina. Afonso Freyre, enfermeiro; Inês, Fernanda, Beatriz e Catarina, pera servirem na enfermaria”. Revista Pensar Enfermagem, nº 18 (1).

A tomada pelo todo, generalizando, pode obstar a uma compreensão acerca do que se passou na realidade, em contextos geográficos diferentes e em épocas diferentes. Se as regras tem as suas excepções, as excepções tornando-se conhecidas ilustram e enriquecem o conhecimento necessário, mas ao mesmo tempo questionam e relativizam as asserções totalizantes.

d) Profissão de fortemente religiosa – sacerdócio

O antecedente religioso ou a filiação religiosa da enfermagem constitui outra categoria identitária sobre a qual importa reflectir. A afirmação é ao mesmo tempo verdade e inverdade, depende. Depende do local, e no mesmo local de instituição para instituição, ou de tipologia de instituições para tipologia de instituições, ou eventualmente da época a que estamos a referir.

Se é certo que se pode encontrar uma filiação religiosa para o desenvolvimento e surgimento da enfermagem moderna – ordem dos hospitaleiros -, assistência medieval monacal, etc. Também é certo que chegamos ao século XIX, em Portugal com enfermagem civil, não religiosa, sobretudo

nos grandes hospitais centrais. E não deixa de ser menos certo que todo o final do século XIX e início do século XX é trespassado pela polémica entre a entrada ou não das irmãs da caridade nas organizações hospitalares.

De facto nos hospitais centrais, o poder médico melhora-se com uma enfermagem laica, também porque mais facilmente controlável e submetível. O que está ligado à natureza das suas acções terapêuticas “científicas” e por isso prescritas, em oposição às terapias sobretudo “espirituais” colocadas em acção pela enfermagem religiosa, com outros propósitos e outra hierarquia. Este facto real, situado no âmbito dos jogos de poder, parece demasiado simples para a explicação da não entrada das ordens religiosas e da enfermagem religiosa nas grandes organizações hospitalares portuguesa. As irmãs foram relegadas, ou se quiserem, conseguiram entrar nos hospitais mais pequenos, geralmente das misericórdias, e fora dos grandes centros, onde também a enfermagem civil de não religiosos estava ausente ou tinha menos expressão.

No entanto convém também não simplificar e trazer à discussão factores de natureza ideológica, que de uma forma clara aqui estiveram presente. O cientismo positivista inunda por estas épocas as ciências da saúde, a organização universitária, as instituições. Assume-se em oposição à escolástica e ao obscurantismo medieval, pugna por uma nova religião a “ciência”. Refira-se que a acção das irmãs corresponde ao apelo papal no sentido das ordens religiosas penetrarem nas organizações civis como forma de combater e ganhar espaço ao positivismo, anticlerical, ateu.

É neste âmbito que encontramos a acção de Augusto Costa Simões, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra Este introduz em Portugal o ensino moderno e experimental da medicina, cria o primeiro laboratório de fisiologia, é administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que reestrutura e reorganiza. Costa Simões precursor do cientismo e do positivismo nas ciências da saúde em Portugal, visita a Europa por duas vezes, onde contacta de perto com o trabalho modernizador de Claude Bernard, fundador da medicina moderna – experimental.

De forma interessante, Costa Simões, no âmbito do que já se referiu da sua acção, cria em 1881, a primeira Escola de Enfermeiros em Portugal, a funcionar em Coimbra. Era necessário formar e qualificar os enfermeiros, civis, que sem formação formal actuavam nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

e) Invisibilidade social - perceber os seus contornos

A invisibilidade social da enfermagem é uma outra categoria a que se recorre para caracterizar a enfermagem actual, e para justificar o seu percurso desenvolvimental. Para uma enfermagem como profissão caracterizada como subalterna é natural, que o silêncio, a invisibilidade, se tenha tornando constituinte.

A invisibilidade e o silêncio incorporou-se de tal forma que se tornou constituinte, uma forma específica de ser. De facto a conscientização recente da necessidade de ocupação do espaço social, mediático, leva ao questionamento, ao descortinar das suas causas e condicionantes. Também à necessidade de perceber que existem ausências socialmente produzidas como tal. Uma maior atenção aos contributos da sociologia das ausências, pode ajudar a compreender a dinâmica destes processos.

Neste sentido perceber como as elites no poder tratavam os assuntos da enfermagem, será uma linha de investigação que pode e está a ser seguida por um conjunto de investigadores que analisam os diários das diferentes câmaras de representantes, em Portugal, de 1820 a 1974. Do qual temos disponível uma primeira síntese:

“Do levantamento efectuado nos diários das 12 câmaras de representantes da nação portuguesa, entre 1821 e 1974, através do sítio da Assembleia da República, acedido em Janeiro de 2015, usando o motor de pesquisa com os descritores enfermeiro/a; enfermeiros/as; enfermagem; enfermaria/as, obtivemos um acervo de fontes primárias de enorme dimensão e valia, 3684 páginas de 2349 diários de sessões das diversas câmaras.

A determinação de índices de densidade por ano e por quartel, mostrou uma linha genericamente

continua e em crescendo ao longo do provir histórico, de fontes primárias disponibilizadas com interesse para a história da ciência e da enfermagem, que acompanha o natural aumento de informação e volume ocupado pela totalidade de assuntos nos diferentes diários.

Uma análise de pormenor permitiu identificar concentrações de fontes, lacunas, pontos altos, pontos baixos, descontinuidades pontuais, impulsos no volume de informação localizados temporalmente, com significado e a proporcionarem pistas para o aprofundar da investigação.” (Queirós, et al.; s.d.)

f) O que queremos ser. Do biomédico a outra coisa qual?

Qual o nosso campo? Qual o nosso conhecimento específico? Que conhecimento criamos? Quais os padrões de conhecimento em enfermagem e a natureza do conhecimento em enfermagem. A atracção das biotecnologias. O reconhecimento social, e o mimetismo médico. Ofuscação da clínica (cuidar) pela prática baseada em evidências? (Benner; Tanner; Chelsa; 2009).

Todas estas questões se prendem com a identidade construída e em construção. A pergunta será sempre qual o referencial que socialmente nos é apresentado, e no qual se trabalha socialmente formatando.

O aprofundamento do estudo epistémico da enfermagem dará um bom contributo para a presença de referências identitárias, de construção própria, interna à própria enfermagem. O que é a enfermagem? Qual a enfermagem que é o nosso referencial e com a qual nos identificamos?

8 - Síntese final

A identidade profissional é um processo humano de construção que sofre influências externas condicionantes ou não, de forte manipulação ideológica, a jeito de interesses sociais no âmbito do jogo de poderes, que podem também ser ou não aceites e incorporados internamente pelas profissões. A história do desenvolvimento da profissão de enfermagem é a história da construção da sua identidade, fruto de condicionalismos, dos programas exteriores e das visões internas construídas. Ainda assim,

havendo uma enfermagem, haverá seguramente várias enfermagens na óptica dos tempos e lugares diferenciados. Processos de generalização e justificação categorial identitária são fortemente permeáveis e constituintes de processos ideológicos de formação profissional.

Bibliografia:

Benner, P.; Tanner, C; Chelsa, C. (2009) – *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethios*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Blin, J. F. (1997) – *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris: L’Harmattan.

Burke, P. (1991) – *A escola dos Annales (1929-1989)*. S. Paulo: Editora da Unesp.

Burke, P. (1992) – *A escrita da História. Novas Perspectivas*. S. Paulo: Editora da Unesp.

Dubar, C. (1997) – *A socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto. Porto Editora Lda.

Eder, K. (2003) – *Identidades colectivas e mobilização de identidades*. Revista Brasileira de Ciências Sociais. S. Paulo, v. 18, nº53, p.340-356

Erikson, E. (1976) – *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Esteves, A. M. T. (2012) – *A construção da identidade profissional do enfermeiro em bloco operatório*. Dissertação de Mestrado em gestão Estratégica de Recursos Humanos. Instituto Politécnico de Setúbal.

Hall, S. (2000) – *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A. 4ed.

Hobsbaawn, E.; Ranger, T. (1992) – *The invention of tradition*. Cambridge: Cambrige University Press.

Le Goff, J. (1990) – *A história nova*. S. Paulo: Martins Fontes.

Leininger, M. (1978) – *The phenomenon of caring: importance, research questions and theoretical considerations*. In: Leininger M. (1978) – *The phenomena and nature of caring*. Salt Lake City: University of Utah.

Lopes, N. M. (1996) - *A Recomposição Profissional da Enfermagem*. III Congresso Português de Sociologia. Resumo de Comunicação. Acedido em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4926a3ad3f82d_1.pdf, no dia 18-11-

2015

Mattoso, J. (1997) - *A escrita da História. Teoria e métodos*. Lisboa: Editorial Estampa.

Mattoso, J. (2008) – *A Identidade Nacional*. 4º ed. Lisboa: Gradiva Publicações S.A.

Morais, E. S. (2008) – *Identidade: Processo Histórico das Interações e Representações Sociais*. Revista Fórum Identidades. Ano 2, Vol, 3, p.85-94.

Monteiro, A. P. (s.d.) – *Bioteecnologias da morte: o lado negro da enfermagem nas práticas do cuidar*. (Artigo em processo de submissão).

Moreira, M.C.N. (1999) – *Imagens do espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade*. Latino-am. Enfermagem, v.7, n1, Ribeirão Preto. p.55-65.

Padilha, M.I.P.; Nelson, S.; Borenstein, M.S. (2011) – *As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. V. 18, supl.1. p. 241-252.

Pereira, J. G.; Oliveira, M.A.C. (2013) – *Identidade profissional da enfermeira: possibilidades investigativas a partir da sociologia das profissões*. Indagatio Didactica – Universidade de Aveiro. Vol. 5 (2) nº esp., p.1141-1152.

Pinto, J.M. (1991) – *Considerações Sobre a produção Social de Identidade*. Revista Crítica de Ciências Sociais. Nº32, p. 217-231.

Prestes, F. C. et al. (s.d.) – *Construção da Identidade profissional da Enfermagem*. Revisão de Literatura. <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.037.pdf>. Acedido em: 22 de outubro de 2015.

Queirós, P. (2014) - “Enfermeiros e auxiliares portugueses assalariados em S. Jorge da Mina. Afonso Freyre, enfermeiro; Inês, Fernanda, Beatriz e Catarina, para servirem na enfermaria”. Revista Pensar Enfermagem, nº 18 (1).

Queirós, P.; Almeida-Filho, A. J.; Almeida, A. P.; Santos, T. C. F.; Peres, M. A. A. (s.d.) – *Os enfermeiros nos diários das sessões das câmaras de representantes em Portugal, de 1821 a 1974*. (Artigo em processo de submissão).

Ribeiro, A. A.; Falcon, G. S.; Borestein, M. S.; Padilha, M. I. C. (2006) – *A escolha profissional*

no imaginário social – enfermeiras brasileiras e peruanas. Esc. Anna Nery. V.10 nº2. Rio de Janeiro.

Sainsaulieu, R. (1986) – l'identité et les relations de travail. In Pierre Tap (org.) Identités collectives et changements sociaux. Toulouse: Privat.

Santos, C. C. (2011) – Profissões e identidades profissionais. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Shields, L. (2005) – Killing as Caring: Could it happen again? *Reflections on Nursing Leadership*, 31 (3). Acedido a 22 de novembro de 2015 em: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol31_3_Shields.aspx

Strath, B. (2002) – A European Identity: To the Historical Limits of a Concept. *European Journal of Social Theory*. Brighton, v.5, n4, p. 387-401.

Torgal, L. R.; Mendes, J. A.; Catroga, F. (1996) - História da História em Portugal. Sécs. XIX-XX. Lisboa: Círculo de Leitores.

REVISÃO SISTEMÁTICA DE DETERMINANTES DE VACINAÇÃO ANTIGRIPIAL NA POPULAÇÃO ADULTA

António Mostardinha⁽¹⁾; Sara Lomelino-Freire⁽²⁾



Resumo

Introdução: A infeção pelo vírus da Gripe afeta entre 3 a 5 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a vacinação considerada o meio mais eficaz de prevenção. Assim objetiva-se a identificação dos determinantes de vacinação antigripal na população adulta.

Métodos: Estudo de revisão sistemática considerando estudos quantitativos sobre determinantes de vacinação antigripal na população adulta. Foram identificados 474 que, através da sua análise de qualidade e aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, foram incluídos 14 estudos para análise.

Resultados: Verificou-se uma maior adesão à vacinação com o aumento da idade, da escolaridade, em indivíduos com doenças crónicas e em indivíduos que têm mais consultas médicas, consultas médicas nos últimos 30 dias. Em indivíduos fumadores e/ou ex fumadores, indivíduos com maior regularidade de consumo de bebidas alcoólicas são menos prováveis de se vacinar.

Conclusão: Melhores comportamentos no âmbito de saúde e melhores conhecimentos sobre a vacinação poderão aumentar a adesão à vacinação.

Palavras-chave: Vacinação, Gripe, Fatores epidemiológicos

Abstract

SYSTEMATIC REVIEW OF INFLUENZA VACCINATION'S DETERMINANTS ON ADULT POPULATION

Introduction: The infection by influenza virus represents a public health problem that affects between 3 to 5 million worldwide. Being vaccination the most efficient way to prevent the flu, we aim to identify influenza vaccination determinants among adult population.

Methods: Systematic review considering quantitative studies about influenza vaccination. There were identified 474 studies which throughout quality analysis and inclusion/exclusion criteria application, there were included 14 studies in the analysis.

Results: There was a greater adherence to vaccination with increasing of age, level of education, in individuals with chronic diseases and in individuals who have more medical support or medical visits in the last 30 days. Regarding smoking and / or former smoking subjects, individuals with higher alcohol consumption are less likely to be vaccinated.

Conclusion: Better health behaviours and vaccination knowledge might increase vaccination adherence.

Key-words: Vaccination; Human influenza; Epidemiologic factors.

Resumen

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS DETERMINANTES DE LA VACUNACIÓN DE LA INFLUENZA EN LA POBLACIÓN ADULTA

Introducción: La infección por el virus de la gripe afecta a entre 3 y 5 millones de personas en todo el mundo. La vacunación es el medio más eficaz de prevención. Así que el objetivo es identificar los factores determinantes de la vacunación contra la gripe en adultos.

Métodos: Revisión sistemática de estudios de valoración de los estudios cuantitativos sobre los determinantes de vacunación. Fueron detectados 474 estudios a través de su análisis de la calidad y la aplicación de los criterios de inclusión / exclusión, se incluyeron 14 estudios para su análisis.

Resultados: Se observó una mayor adherencia a la vacunación con la edad, la escolaridad, en las personas con enfermedades crónicas y en las personas que tienen más visitas al médico, visitas médicas en los últimos 30 días. En el fumar y / o antiguos fumadores, las personas con mayor consumo de alcohol tienen menos probabilidades de ser vacunados con regularidad.

Conclusión: Los mejores comportamientos en el contexto de la salud y un mejor conocimiento de la vacunación pueden aumentar la adherencia a la vacunación.

Palabras clave: Vacunación; Influenza humana ; Factores epidemiológicos.

Rececionado em Outubro de 2015. Aceite em Novembro de 2015

⁽¹⁾ Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública, Doutorando em Educação; ant.mostardinha@outlook.com

⁽²⁾ Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Instituto de Acção Social das Forças Armadas, I.P., Lisboa, Portugal

Introdução

A infecção pelo vírus da Gripe representa um problema de saúde pública que afeta entre 3 a 5 milhões de pessoas em todo o mundo, principalmente os indivíduos pertencentes a grupos de risco. Esta infecção representa uma importante causa de morbidade e mortalidade, sendo responsável por 250 000 a 500 000 mortes por ano em todo o mundo (1-2). Sendo a mortalidade e morbidade da Gripe maior nos indivíduos com idades iguais ou superiores a 65 anos, nas crianças, nos indivíduos imuno-comprometidos e com doenças crônicas, a vacinação é recomendada particularmente nestes grupos de indivíduos (3-7).

Para além dos cuidados de prevenção como a higienização das mãos ou etiqueta respiratória, a vacinação antigripal é o meio mais eficaz de prevenção da infecção (8-10). De acordo com a OMS a vacinação é o meio mais eficaz de prevenir a Gripe, havendo também, diversos estudos a clarificar os benefícios da vacinação e, conseqüente diminuição da incidência de influenza, uso de serviços de saúde e absentismo (11-14).

Os benefícios da imunização incluem a proteção individual, a interrupção da cadeia de infecção e a diminuição da probabilidade de surgimento de surtos intra-hospitalares, além da proteção indireta de pessoas não vacinadas da comunidade (15).

Das referências bibliográficas consultadas, as razões mais apontadas para a adesão à Vacinação foram: auto percepção de risco; pertencer a um grupo de risco; prevenir transmissão do vírus ao próprio, familiares e amigos; eficácia da vacina; evitar absentismo; recomendação médica; gratuidade da vacina e vacinação prévia (4, 16-19). No entanto, as razões mais apontadas para a não adesão à vacinação baseiam-se na indisponibilidade da vacina; crença de a vacina não ser necessária; preocupação com efeitos laterais; esquecimento; desconhecimento das recomendações da vacina contra a Gripe; presença de efeitos laterais em vacinação anterior; crença na ineficácia na vacina; medo de injeções; medo de dor ou desconforto; alergia à Vacina; e crença de Gripe não ser uma doença relevante (6, 20-24).

Assim, objetiva-se com esta revisão a identificação dos determinantes de vacinação

antigripal na população adulta, bem como a caracterização dos motivos de adesão e não adesão à mesma.

Métodos

Fontes de pesquisa e seleção dos estudos

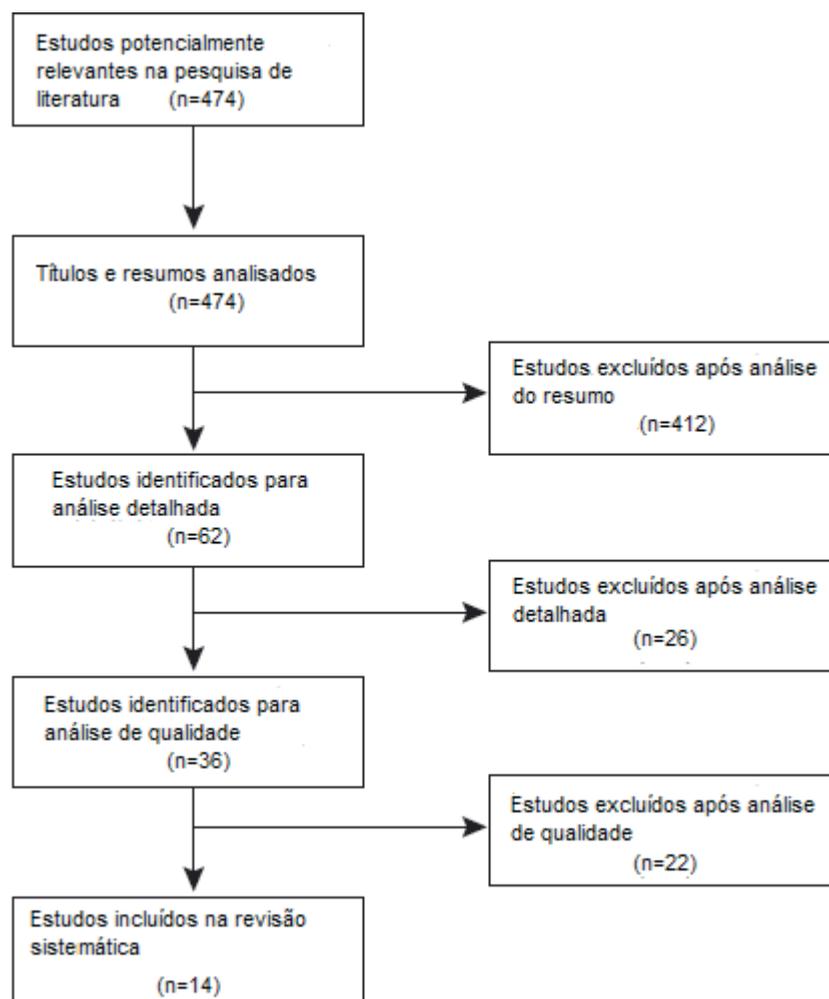
Nesta revisão sistemática foram considerados estudos quantitativos, publicados em inglês, sobre determinantes de vacinação antigripal na população adulta (idade maior que 18 anos), publicados nos últimos 10 anos. As variáveis em análise são variáveis sociodemográficas (idade, sexo, habilitações escolares, rendimentos familiares, residência geográfica e densidade populacional na área de residência), variáveis clínicas (hábitos tabágicos, hábitos etílicos, auto-percepção do estado de saúde, condição crônica de saúde, consultas médicas e atitudes em saúde) e variáveis relativas à vacinação antigripal (vacinação anterior, razões de adesão e não adesão).

Na fig. 1 podem ser observadas, detalhadamente, as etapas de pesquisa dos estudos. Os estudos foram pesquisados na PubMed, usando termos qualitativos de pesquisa (“influenza”, “vaccination”, “immunization”, “determinants”, “coverage”) e termos de filtragem temporal. Todos os estudos foram analisados através do seu título e resumo de forma a realizar a pré-seleção de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (n=474).

Como critérios de inclusão foram definidos: com população de interesse indivíduos com idades iguais ou superiores a 18 anos; cuja intervenção de interesse do estudo fosse a vacinação antigripal (sazonal) ou vacinação antigripal (sazonal e pandêmica) quando analisados separadamente; com comparações de variáveis entre vacinado e não vacinado e proporção de vacinação; com desenhos de investigação que assentem em estudos quantitativos; e que estudassem variáveis sociodemográficas, variáveis relativas a saúde, variáveis relativas a atitudes face à vacinação (razões de adesão e não adesão) e variáveis relativas a conhecimentos (sobre gripe e vacina).

Por outro lado, foram definidos como critérios de exclusão estudos com amostras de indivíduos com idades inferiores a 18 anos, com indivíduos de todas as idades analisados de forma conjunta e

Figura 1 - Organograma da revisão sistemática



estudos com amostras de indivíduos pertencentes a subpopulações específicas (profissionais de saúde, estudantes universitários da área da saúde, doentes crônicos, grávidas, crianças e outras condições específicas) quando analisados de forma conjunta (n=232); estudos com a intervenção de interesse a vacinação antigripal pandémica ou estudos que analisaram de forma conjunta a vacinação antigripal pandémica e sazonal; estudos com comparações de múltiplas épocas gripais (sem separação de dados), estudos de prevalências, estudos sobre aspetos farmacológicos, eficácia e efetividade da vacina (n=84) e estudos que estudassem outras vacinas (pneumocócica, tétano, etc.); estudos cujo desenho de investigação assentasse em estudos qualitativos, ensaios clínicos, estudos de coorte, revisões e artigos de opinião (n=5); por último

estudos com variáveis de interesse no âmbito de custo-efetividade da vacinação.

Foram excluídos, também, os estudos duplicados verificados no decurso da pesquisa (n=91).

Dos 62 artigos possivelmente relevantes para a presente revisão, foram analisados integralmente, tendo sido excluídos os artigos cujo acesso integral ao estudo não foi possível (n=5); cuja qualidade metodológica não era explícita; artigos com resultados disponibilizados insuficientes para análise (n=7) (figura 1); estudos que, apesar de abordarem a vacinação antigripal sazonal e pandémica, não forneciam dados suficientes sobre a vacinação antigripal sazonal e estudos que se incluísssem nos critérios de exclusão, que não foram possíveis de analisar na pré-seleção (n=14).

Extração de dados e avaliação da qualidade

Após esta seleção, foi analisado a qualidade dos estudos utilizando o JBI Critical Appraisal Checklist for Descriptive/Case Studies elaborado por The Joanna Briggs Institute (25) e as recomendações feitas por Jadad (1996) (26), obtendo-se no final 14 artigos que foram incluídos para a análise da presente revisão, tendo sido excluídos 22 artigos que não perfaziam estas recomendações de qualidade.

Após a seleção dos estudos, procedeu-se à sua caracterização aprofundada: identificação do tipo

de estudo, do processo de amostragem, do país de origem, do tamanho da amostra, da idade dos indivíduos em estudo, da distribuição da proporção do género, da proporção de vacinação observada, das diferentes associações entre o outcome de comparação utilizado com as restantes variáveis e análise das suas limitações.

Colheita de dados

O objetivo nesta secção foi sumariar os dados quantitativos e explorar os determinantes (variáveis) e razões de adesão e não adesão à

Tabela 1 Caracterização dos artigos selecionados para a revisão sistemática quando ao tipo de estudo e colheita de dados, período de vacinação em estudo, país onde foi desenvolvido, tamanho da amostra, idades incluídas na amostra, género (fornecido apenas a proporção de sexo masculino), proporção de vacinação antigripal observada e avaliação da qualidade dos estudos (n=14)

Estudo	Tipo de estudo; colheita de dados	Período de vac.	País	Amostra	Idade	Sexo (masc. %)	Proporção vac. %
O'malley et al (2006)	Transversal;	2000/02	EUA	18 851	≥65	41,8	70,1
Jones et al (2004)	Transversal; entrevista por telefone	2003/04	EUA	4 028	≥18	30,4	51,6
Böhmer et al (2011)	Transversal; entrevista por telefone	2008/09	Alemanha	21 262	≥18	48,5	44,1
Chiatti et al (2010)	transversal	2004/05	Itália	25 183	≥65	42,4	62,6
Wooten et al (2012)	Transversal; entrevista por telefone	2004	EUA	3 821	≥65	35,2	74
Wu et al (2013)	Transversal	2010/11	China	13 002	≥18	48,3	16,7
Chiatti et al (2011)	Transversal	2010/11	Itália	25 183	≥65	43,1	62,6
Lau et al (2012)	Transversal; entrevista por telefone	2006	China	1 102	[18;64[47,7	28,1
Mangtani et al (2006)	Transversal; questionário via correio postal	2000	Reino Unido	844	≥75	85	79,6
Gargano et al (2011)	Transversal	2009	EUA	66	[24;68]	49,2	78
Szucs et al (2005)	Transversal; entrevista por telefone	2001/02 e 2002/03	Alemanha, Itália, Espanha, Reino Unido e França	20118	≥65	48,5	22,2
Guthmann et al (2012)	Transversal; entrevista por telefone	2010 a 2011	França	1078	≥18	N.D.	90,3
Banach et al (2012)	Transversal	2008/09	EUA	689	≥65	22,1	83,9
Poehling et al (2012)	Transversal	2009/10	EUA	4090	≥18	36,5	19,8

vacinação, agrupando-os pelos 3 principais grupos de variáveis, descritos anteriormente (variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e variáveis relativas a vacinação).

Para os estudos que não apresentavam os Intervalos de confiança a 95% (27) que não apresentavam dados relativos a OR (28) ou só apresentavam dados de OR ajustados (27), os OR brutos e os respectivos intervalos de confiança foram calculados tendo por base as informações fornecidas.

Não foi possível calcular os intervalos de confiança do OR para estudo de Lau et al (2012) (29) por não fornecerem dados suficientes para o seu cálculo, no entanto, fornecia a informação da significância do OR.

Relativamente aos motivos de adesão e não adesão à vacinação, foram colhidos dados relativos a frequência absoluta e/ou relativa, de forma a identificar os 3 principais motivos de cada estudo que os abordaram.

Resultados

Relativamente à caracterização dos estudos selecionados para a presente revisão (tabela 1), pode verificar-se que todos os estudos assentam numa metodologia transversal, com recurso a questionário autoaplicado (30-35), colhido por entrevista por telefone (27, 29, 36-39) ou enviado por correio postal (28). Temporalmente, os estudos selecionados avaliaram e caracterizaram os determinantes de vacinação antigripal entre os períodos de 2000 e 2010 numa população estado-unidense (n=6), alemã (n=1), italiana (n=2), chinesa (n=1), francesa (n=1), inglesa (n=1) e múltiplas nacionalidades (n=1), cujas amostras variam entre os 66 e 25 183 indivíduos, com idades iguais ou superiores a 65 anos (n=7), com idades iguais ou superiores a 18 anos (n=4), com idades entre os 18 e 64 anos (n=1), com idades compreendidas entre os 24 e 68 anos (n=1) e estudantes do ensino superior com idades superiores a 18 anos (n=1).

Na análise qualitativa dos estudos incluídos, dividiram-se as variáveis em três grupos principais: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, rendimentos familiares, residência

geográfica, densidade populacional da residência, habilitações literárias e tamanho do agregado familiar); variáveis clínicas (auto-perceção do estado de saúde, condições crónicas de saúde, consultas médicas, hábitos tabágicos e etílicos e atitudes positivas na promoção da saúde) e variáveis relativas à vacinação (vacinação prévia, dos estudos analisados apenas um estudo a abordou (38) e, vacinação na época em estudo e razões de adesão e não adesão à vacinação).

Quantitativamente, não será feita a análise da proporção de vacinação em função das várias variáveis em observação pelo estudo de O'Malley et al (2006) (30), por não estarem disponíveis.

Variáveis sociodemográficas

Na tabela 2 podem ser observadas ao pormenor as relações entre variáveis sociodemográficas com a vacinação.

No âmbito das associações verificadas entre a vacinação antigripal com o género observou-se que os indivíduos do sexo feminino são menos prováveis de se vacinarem (OR 0,50; IC95% 0,28;0,90) (34). O contrário é observado em Jones et al (2004) (27) em que os indivíduos do sexo masculino são menos prováveis de se vacinarem (OR 0,82; IC95% 0,72;0,94), em Wu et al (2013) (32) (OR 0,89 IC95% 0,82;0,99). No entanto, em Mangtani et al (2006) (28), verifica-se que os indivíduos do sexo masculino são mais prováveis de se vacinarem (OR 1,96 IC95% 1,37;2,82). Nos restantes estudos, não foram verificadas associações significativas. No entanto, existe uma maior proporção de vacinação no sexo masculino em Böhmer (2011) (36) (44,5% vs. 43,5%), em Wooten (2012) (37) (74% vs. 73%), e uma maior proporção de vacinação nos indivíduos do sexo feminino em Chiatti (2010 e 2011) (31, 40) (63,3% vs. 62,6%), em Szucs (2005) (38) (22,9% vs. 21,5%) e em Poehling (2012) (35) (65% vs. 35%).

Relativamente às associações entre a idade e a vacinação (tabela 2) verifica-se, numa forma geral, com o aumento da idade aumenta a adesão à vacinação, em O'Malley (2006) (30) (OR 1,39; IC95% 1,14;1,53), em Jones (2004) (27) (OR 3,65 IC95% 3,21;4,16) em Böhmer (2011) (36)

Tabela 2 Distribuição das variáveis sociodemográficas pela vacinação
Legenda: *por mês

	Estudo	Variável	Vacinação %	OR (IC95%)	
Sexo	O'malley <i>et al</i> (2006)	Masculino	N.D.	1	
		Feminino	N.D.	1,00 (0,93;1,08)	
	Jones <i>et al</i> (2004)	Masculino	48,2	0,82 (0,72;0,94)	
		Feminino	53,0	1	
	Böhmer <i>et al</i> (2011)	Masculino	44,5	1	
		Feminino	43,5	0,96 (0,89;1,04)	
	Chiatti <i>et al</i> (2010 e 2011)	Masculino	61,6	1	
		Feminino	63,3	0,97 (0,92;1,02)	
	Wooten <i>et al</i> (2012)	Masculino	74,0	1,04 (0,82;1,32)	
		Feminino	73,0	1	
	Wu <i>et al</i> (2013)	Masculino	16,0	0,89 (0,82;0,99)	
		Feminino	17,5	1	
	Gargano <i>et al</i> (2011)	Masculino	N.D.	1	
		Feminino	N.D.	0,46 (0,13;1,63)	
	Mangtani <i>et al</i> (2006)	Masculino	85,0	1,96 (1,37;2,82)	
		Feminino	75,0	1	
	Szucs <i>et al</i> (2005)	Masculino	21,5	1	
		Feminino	22,9	1,1 (1,0;1,2)	
	Banach <i>et al</i> (2012)	Masculino	90,0	1	
		Feminino	82,0	0,5 (0,28;0,90)	
	Poehling <i>et al</i> (2012)	Masculino	35,0	1	
		Feminino	65,0	1,07 (0,91;1,26)	
	Idade	O'malley <i>et al</i> (2006)	>=75	N.D.	1,39 (1,14;1,53)
			65-74	N.D.	1
Jones <i>et al</i> (2004)		>=50	66,0	3,65 (3,21;4,16)	
		<50	35,0	1	
Böhmer <i>et al</i> (2011)		18-39	17,5	1	
		40-59	30,0	2,02 (1,73 (2,35)	
		>=60	56,3	6,07 (5,29-6,95)	
Chiatti <i>et al</i> (2010)		65-74	55,4	1	
		75-84	70,5	1,70 (1,60;1,80)	
		85+	73,5	1,81 (1,64;2,00)	
Wooten <i>et al</i> (2012)		65-74	72,0	0,80 (0,63;1,01)	
		+75	76,0	1	
Wu <i>et al</i> (2013)		<60	12,5	1	
		>=60	43,1	5,49 (4,98;6,06)	
Szucs <i>et al</i> (2005)		<65	13,6	1	
		>=65	62,2	10,5 (9,6;11,3)	
Banach <i>et al</i> (2012)		65-79	83,0	1	
		80-89	86,0	1,29 (0,75;2,20)	
		>=90	81,0	0,90 (0,53;1,53)	

	Estudo	Variável	Vacinação %	OR (IC95%)
Rendimentos familiares	O'malley <i>et al</i> (2006)	>50 001\$	N.D.	1,32 (1,13; 1,54)
		25 001\$ – 50 000\$	N.D.	1,09 (1,00;1,19)
		<25 000\$	N.D.	1
	Chiatti <i>et al</i> (2011)	Baixo	65,2	1
		Médio baixo	64,0	0,95 (0,82;1,09)
		Médio alto	61,7	0,86 (0,75;0,99)
		Alto	63,7	0,06 (0,05;0,07)
	Szucs <i>et al</i> (2005) *	<1 000€	29,9	1
		1 000€-2 000€	25,4	0,8 (0,7;1,0)
>2 000€		21,0	0,6 (0,5;0,7)	
Residência geográfica	O'malley <i>et al</i> (2006)	Urbano	N.D.	0,72 (0,63;0,81)
		Rural	N.D.	1
	Jones <i>et al</i> (2004)	Urbano	53,0	1
		Rural	49,0	0,84 (0,74;0,96)
	Wooten <i>et al</i> (2012)	Urbano	72,0	0,89 (0,69;1,16)
		Suburbano	75,0	1
		Rural	73,0	0,91 (0,67;1,24)
	Wu <i>et al</i> (2013)	Urbano	16,6	0,55 (0,50;0,59)
		Suburbano	16,8	1
Densidade populacional área residência	Böhmer <i>et al</i> (2011)	<5 000	45,1	1
		5 000-<20 000	43,5	0,94 (0,84;1,05)
		20 000-<100 000	43,7	0,95 (0,85;1,06)
		>=100 000	44,0	0,96 (0,86;1,07)
	Szucs <i>et al</i> (2005)	< 5000	28,3	1
		5 000-20 000	28,3	1,0 (0,9;1,1)
		20 000-50 000	39,5	1,7 (1,4;2,0)
		50 000-100 000	69,9	5,9 (4,3;8,2)
>=100 000	34,2	1,3 (1,2;1,5)		
Tamanho agregado familiar	Chiatti <i>et al</i> (2011)	1	63,8	1
		2	64,6	1,04 (0,99;1,09)
		3-5	57,3	0,76 (0,72;0,81)
		>=6	59,5	0,83 (0,68;1,02)
	Szucs <i>et al</i> (2005)	1	18,5	1
		2	20,0	1,1 (0,9;1,3)
		3	28,8	1,8 (1,5;2,1)
		4	33,6	2,2 (1,9;2,6)
		5	24,3	1,4 (1,1;1,8)

	Estudo	Variável	Vacinação %	OR (IC95%)
Escolaridade	O'malley <i>et al</i> (2006)	Licenciatura ou superior	N.D.	1,33 (1,18;1,50)
		Frequência universitária	N.D.	1,28 (1,14;1,43)
		Ensino secundário	N.D.	1,15 (1,05;1,25)
		Frequência ensino secundário incompleto	N.D.	1
	Jones <i>et al</i> (2004)	<=12 ano	52,0	0,96 (0,84;1,09)
		>12° ano	51,0	1
	Chiatti <i>et al</i> (2010 e 2011))	Nenhum	66,5	1
		Primário	63,3	1,01 (0,94;1,10)
		Grau intermédio	59,4	0,96 (0,87;1,06)
		Secundário, bacharelato ou superior	59,3	1,11 (0,99;1,25)
	Wooten <i>et al</i> (2012)	<ensino secundário	67,0	0,60 (0,47;0,77)
		>= ensino secundário	77,0	1
	Wu <i>et al</i> (2013)	Aliterado	40,4	1,50 (1,20;1,89)
		Primária	30,7	1,25 (1,09;1,44)
		Básico	17,5	1
		Secundário	15,2	
		Bacharelato ou superior	16,2	
	Lau <i>et al</i> (2012)	<=escolaridade primária	25,4	1,00
		Básico	25,4	1,00
		Frequência universitária	20,9	0,78
Bacharelato ou superior		40,3	1,98*	

(OR 6,07; IC95% 5,29;6,95), em Chiatti (2010 e 2011) (31, 40) (OR 1,81; IC 95% 1,64;2,00) em Wu (2013) (32) (OR 5,50 IC95% 4,98; 6,06), em Szucs (2005) (38) (OR 10,05 IC 95% 9,06; 11,03). Nos restantes estudos, apesar de não se ter verificado associações significativas verifica-se um aumento da proporção da vacinação com o aumento da idade, exceto em Banach (2012) (34) que se verifica um declínio da proporção de vacinação em idades iguais ou superiores aos 90 anos.

Quanto às associações do rendimento familiar com adesão à vacinação (tabela 2), os estudos não são homogêneos. Em O'Malley (2006) (30) os indivíduos com maiores rendimentos familiares são mais prováveis de se vacinarem (OR 1,32 IC95% 1,13; 1,54). No entanto em Szucs (2005) (38) os indivíduos com maior rendimento familiar são menos prováveis de se vacinarem (OR 0,06 IC95% 0,05; 0,07).

Relativamente à residência dos indivíduos, tem-se duas variáveis distintas, a residência geográfica e a densidade populacional na área de residência (tabela 2).

Quanto à relação existente à residência geográfica e à vacinação verifica-se que os indivíduos que vivem em meio urbano são menos prováveis de se vacinarem. Este facto é observado no estudo de O'Malley (2006) (30) (OR 0,72 IC95% 0,63; 0,81). Por outro lado, os indivíduos que vivem em meio rural são menos prováveis de se vacinarem em Jones (2004) (27) (OR 0,84 IC95% 0,74;0,96) Nos restantes estudos que abordaram esta variável, apesar de não terem verificado associações significativas verifica-se uma maior proporção de indivíduos vacinados que vivem em meio extra-urbano [Wooten (2012) (37): 73% vs.72%; Wu (2013) (32):16,08% vs. 16,06%].

No que concerne à densidade populacional na

área de residência, verificou-se no estudo de Szucs (2005) (38) que existe uma maior proporção de vacinação nos indivíduos que vivem em áreas mais densas (OR 1,3 IC95% 1,2;1,5). O inverso, apesar de não ser significativo, constatou-se em Böhmer (2011) (36), em que a proporção de indivíduos vacinados diminuiu com o aumento da densidade populacional da área de residência.

Quanto à influência do tamanho do agregado familiar com o outcome em estudo, Szucs (2005) (38) verificou uma associação positiva entre estas variáveis. Os indivíduos com maior agregado familiar, são mais prováveis de se vacinarem (OR 1,4 IC95% 1,1; 1,8). No entanto, em Chiatti (2011) (31) verificou-se existe uma diminuição da proporção de indivíduos vacinados com o aumento do agregado familiar, apesar de esta associação só ser significativa num agregado familiar entre os 3 e 5 indivíduos (OR 0,76 IC95% 0,72;0,81).

Relativamente à associação entre as habilitações literárias com a adesão à vacinação (tabela 2), pode observar-se que com o aumento das habilitações aumenta a proporção de adesão à vacinação no estudo de O'Malley (2006) (30) (OR 1,33; IC95% 1,18;1,50) e Lau (2012) (29) (OR 1,98). Contudo, o inverso observa-se no estudo Wu (2013) (32) (aliterado: OR 1,508; IC95% 1,20;1,89 e ensino primário: OR 1,25 IC95% 1,09;1,44), em que os indivíduos com menos habilitações são mais prováveis de se vacinarem. No entanto, também em indivíduos com menos habilitações, foi verificada uma associação negativa, em que estes são menos prováveis de aderir à vacinação, verificados nos estudos Wooten (2012) (37) (OR 0,60 IC95% 0,47;0,77), corroborando inversamente os resultados de O'Malley (2006) (30).

Variáveis Clínicas, atitudes em saúde e vacinação

Quanto à relação entre a auto-percepção do estado de saúde com a vacinação (tabela 3), os estudos não são coesos. Em O'Malley (2006) (30) os indivíduos com uma baixa percepção do estado de saúde, são mais prováveis de se vacinarem (OR 1,13 IC95% 1,02;1,25) embora haja um ténue aumento com a sua percepção (OR 1,15 IC95% 1,15;1,26). O contrário se verifica em

Böhmer (36) em que os indivíduos com melhores percepções do estado de saúde são menos prováveis de se vacinarem (OR 0,54 IC95% 0,50;0,58) e em Chiatti (2010) (40) (OR 0,73 IC95% 0,68;0,76). Nos restantes estudos, apesar de não se terem verificado associações significativas, verifica-se uma menor proporção de vacinação nos indivíduos com melhores auto-percepções do estado de saúde.

No que diz respeito à vacinação antigripal com a presença ou ausência de condições crónicas de saúde, os estudos apresentaram resultados reprodutíveis. Os indivíduos com condições crónicas de saúde são mais prováveis de se vacinarem em Böhmer (2011) (36) (OR 1,85 IC95% 1,71;2,00) e em Chiatti (2010) (40) OR (1,43 IC95% 1,33;1,55 e OR 1,97 IC95% 1,82;2,14 respetivamente se são condições moderadas ou severas). Szucs (2005) (38) verificou, também na continuidade dos anteriores, que os indivíduos sem condições crónicas de saúde são menos prováveis de se vacinarem (OR 0,4; IC95% 0,2;0,9). Em O'Malley (2006) (30) foi verificado que os indivíduos com mais de duas condições crónicas de saúde são mais prováveis de se vacinarem (OR 1,57 IC95% 1,44;1,70).

Quanto à influência das consultas médicas na adesão à vacinação verifica-se que os indivíduos que têm seguimento médico nos últimos 30 dias [Chiatti (2011)(40): OR 1,33 IC95% 1,25;1,42] ou durante a época gripal em análise [Wooten (2012) (37): OR 3,40 IC95% 2,43;4,76] são mais prováveis de se vacinarem. Neste contexto, O'Malley (2006) (30) verificou que quantas mais consultas médicas os indivíduos tiverem, maior a adesão à vacinação (OR 1,64 IC95% 1,52;1,78). No entanto, no estudo realizado por Böhmer (2011) (36), os indivíduos com maior o tempo percorrido entre a última consulta médica e a época gripal estudada, eram menos prováveis de se vacinar (≥ 5 anos: OR 0,42 IC95% 0,28;0,63).

Por último, observando os dados relativos às atitudes em saúde de uma forma geral (tabela 3), verifica-se que os indivíduos com melhores atitudes são mais prováveis de se vacinarem [O'Malley (2006) (30): OR 1,43 IC95% 1,32;1,55 e Böhmer (2011) (36): OR 1,53 IC95% 1,42;1,66].

Estes dados, foram de encontro com os hábitos

Tabela 3 Distribuição de variáveis relativas a saúde (auto-percepção do estado de saúde, condições crônicas de saúde, consultas médicas, atitudes em saúde, hábitos tabágicos, hábitos étlicos e vacinação prévia) com a vacinação no ano de estudo.
Legenda: *Nos últimos 30 dias; †Durante a época gripal

	Estudo	Variável	Vac %	OR (IC95%)	
Auto-percepção do estado de saúde	O'malley <i>et al</i> (2006)	Muito bom – excelente	N.D.	1	
		Bom	N.D.	1,15 (1,05;1,26)	
		Mau - Suficiente	N.D.	1,13 (1,02;1,25)	
	Böhmer <i>et al</i> (2011)	Mau	52,7	1	
		Bom	37,5	0,54 (0,50;0,58)	
	Wooten <i>et al</i> (2012)	Muito bom	73,0	0,96 (0,73;1,25)	
		Bom	74,0	1	
		Mau-suficiente	77,0	1,19 (0,87;1,63)	
	Mangtani <i>et al</i> (2006)	Excelente	7,1	1	
		Muito bom	27,4	1,11(0,95;1,29)	
		Bom	34,4	1,10 (0,95;1,28)	
		Suficiente	25,9	1,15 (0,94;1,40)	
	Mau		5,1	0,94 (0,72;1,21)	
Condições crônicas de saúde		O'malley <i>et al</i> (2006)	>=2	N.D.	1,57 (1,44;1,70)
			<2	N.D.	1
Böhmer <i>et al</i> (2011)		Não	35,9	1	
		Sim	50,9	1,85 (1,71;2,00)	
Chiatti <i>et al</i> (2010)		Não	47,0	1	
	Moderado	60,1	1,43 (1,33-1,55)		
	Severo	70,0	1,97 (1,82;2,14)		
Szucs <i>et al</i> (2005)	Não	19,0	0,4 (0,2;0,9)		
	Sim	49,6	1		
Consultas médicas	O'malley <i>et al</i> (2006)	>=4	N.D.	1,64 (1,52;1,78)	
		0-3	N.D.	1	
	Böhmer <i>et al</i> (2011)	<1ano	46,4	1	
		>=1 ^a - <5 ^a	19,6	0,28 (0,24;0,34)	
		>=5anos	26,7	0,42 (0,28;0,63)	
	Chiatti <i>et al</i> (2010) *	Não	59,0	1	
		Sim	70,1	1,33 (1,25;1,42)	
	Wooten <i>et al</i> (2012)†	Não	50,0	1	
Sim		77,0	3,40 (2,43;4,76)		
Atitudes em saúde	O'malley <i>et al</i> (2006)	Boas atitudes em saúde	N.D.	1,43 (1,32;1,55)	
		Más atitudes em saúde	N.D.	1	
	Böhmer <i>et al</i> (2011)	Não	38,0	1	
		Sim	48,4	1,53 (1,42;1,66)	
Hábitos tabágicos	Böhmer <i>et al</i> (2011)	Não fumador	48,6	1	
		Fumador ou ex-fumador	40,1	0,71 (0,66;0,76)	
	Chiatti <i>et al</i> (2011)	Sim	52,0	0,62 (0,53;0,70)	
		Não	63,6	1	

	Estudo	Variável	Vac %	OR (IC95%)
Hábitos etílicos	Böhmer <i>et al</i> (2011)	Nunca/ocasionalmente	44,2	1
		Regular	43,2	0,96 (0,88;1,05)
Vacinação prévia	Szucs <i>et al</i> (2005)	Sim	25,4	3,9 (2,8;5,4)
		Não	8,0	1

tabágicos e etílicos (duas atitudes em saúde). Quanto aos hábitos tabágicos e a sua influência com a vacinação, pode observar-se no estudo de Böhmer (2011) (36) que os indivíduos fumadores ou ex-fumadores são menos prováveis de se vacinarem (OR 0,71 IC95% 0,66;0,76), sendo esta tendência evidenciada em Chiatti (2011) (31) em que existe uma menor proporção de indivíduos vacinados fumadores (OR 0,62 IC95% 0,53;0,70).

Por outro lado, a proporção de indivíduos com consumo de bebidas alcoólicas regularmente é menor comparativamente com os que não consomem ou consomem ocasionalmente, como observado em Böhmer (2011) (36) (43,2% vs. 44,2%), apesar de não se ter verificado associação significativa.

Relativamente a variáveis de vacinação, dos estudos incluídos em análise, apenas Szucs (2005) (38) analisou a sua influência com a vacinação em estudo, a vacinação prévia, em que os indivíduos que se tinham vacinado anteriormente, eram mais prováveis de se vacinarem na época gripal em estudo (OR 3,9 IC95% 2,8;5,4).

Variáveis relativas a razões de adesão de não adesão à vacinação

Por forma a observar as principais razões de adesão e não adesão (tabela 4) foram recolhidas as frequências relativas das três razões (de adesão e não adesão) com maior frequência em cada estudo.

Assim, a crença da vacinação ser desnecessária para si, foi apontada em 4 estudos, com frequências que variam entre os 25 a 56%; seguindo-se da crença da vacinação causar gripe, observada em 3 estudos, com proporções que variam entre os 21% e 64%. Em dois estudos foram referidas a razão de nunca ter pensado em vacinar-se, com uma proporção que varia entre os 21% e 33,3% e receio de infeções ou efeitos laterais, com uma proporção entre os 22% e 52%.

Por outro lado, relativamente a razões de adesão à vacinação, foram observadas em 2 estudos uma grande frequência de indivíduos que aderiram à vacinação por ter sido recomendado por profissionais de saúde (proporções entre os 55,2 e 82,8%) e o facto de os indivíduos quererem prevenir a gripe (proporções entre os 55,8 e 92,7%). A crença nos benefícios da vacinação (87%), conhecer alguém que já teve gripe (80,5%), ouvir recomendações nos meios de comunicação social (78,0) e a recomendação por familiares ou amigos (10,8), são, também, razões de adesão à vacinação, apesar de terem sido referidas apenas por um autor.

Discussão

Quanto à associação entre variáveis sociodemográficas com a vacinação, os estudos não são coerentes. Se por um lado se verifica uma maior proporção de vacinação em indivíduos do sexo feminino (Mangtani, 2006) (28), por outro, noutro estudo os indivíduos do sexo masculino são menos prováveis de se vacinar (Jones, 2004) (27) e do sexo feminino (Banach, 2012) (34). Observando a distribuição de proporção de vacinação ao longo dos estudos, não se verificam uma associação entre estas variáveis. Endrich (2009) (41) num estudo realizado a 11 países europeus refere que o género poderá influenciar na adesão à vacinação.

Corroborando com estes dados, outros estudos não são consensuais. Num estudo a 5 países europeus (42), verificou-se a maior proporção de indivíduos vacinados eram do sexo feminino, concordando, também, com outros estudos (43-44). Existem ainda outros estudos nos quais não se encontraram qualquer tipo de associação entre género e vacinação (4, 18-19, 45).

Quanto à idade verifica-se que com o aumento da idade existe um aumento de adesão à vacinação

em O'Malley (2006) (30), Jones (2004) (27), Böhmer (2011) (36), Chiatti (2010) (40), Wu (2013) (32) e Szucs (2005) (38). No entanto, em Wooten (2012) (37) verifica-se que indivíduos mais novos são menos prováveis de se vacinar, indo ao encontro dos autores referidos anteriormente. Esta associação da vacinação com a idade pode ser devida a políticas de saúde internas dos países envolvidos, como o estabelecimento da idade como grupo prioritário de vacinação, existência de co-morbilidades e acessibilidades a sistemas de saúde. Pode-se observar noutros estudos que com o aumento da idade aumenta a adesão à vacinação (7, 20-21, 24, 46). No entanto, outros estudos não encontraram qualquer tipo de associação e /ou correlação entre a idade e a adesão à vacinação (4, 45, 47).

Existiram três estudos que estudaram a influência dos rendimentos familiares na adesão à vacinação. Em O'Malley (2006) (30) os indivíduos com maiores rendimentos familiares eram mais prováveis de se vacinar, no entanto o inverso verificou-se em Chiatti (2011) (31) e Szucs (2005) (38), em que os indivíduos com maiores rendimentos familiares eram menos prováveis de se vacinar. Esta associação negativa pode ser explicada pela relação indireta que os rendimentos têm com o estado de saúde, provavelmente pelo melhor acesso a cuidados de saúde, havendo também a possível interferência com outras variáveis sociodemográficas (tipologia e acessibilidade do serviço de saúde, zona de residência, suporte familiar e seguro de saúde). O estado socioeconómico é um conceito multidimensional que pode variar com o contexto. Baixo nível socioeconómico foi correlacionado com baixa adesão à vacinação (48). No entanto, o aumento do rendimento familiar foi associado com maiores proporções de vacinação (48).

Quanto ao agregado familiar os dois estudos que abordaram esta variável não são coesos, no entanto, em Szucs (2005) (38), verifica-se que quanto maior o agregado familiar, maior a adesão à vacinação. Esta associação poderá ser explicada pela preocupação do indivíduo se proteger a si e aos seus familiares. A influência do agregado familiar pode estar associada ao estado marital

(49). Nagata (2013) (49) refere que indivíduos que vivem sozinhos com assistência limitada poderão ter menos acesso a cuidados de saúde, assistência médica irregular e menos suporte familiar, podendo, desta forma, influenciar a adesão à vacinação.

Quanto à residência dos indivíduos, foram estudados duas variáveis distintas. Verifica-se uma menor proporção de vacinação nos indivíduos que habitam em meio urbano (O'Malley, 2006 (30) e Wu, 2013 (32)). Por outro lado em Jones (2004) (27), são os indivíduos que habitam em meio rural que são menos prováveis de se vacinar. Estas diferenças entre as associações negativas verificadas transversalmente nestes estudos podem ser devido a diferenças de acessibilidade aos cuidados de saúde, tipologia dos serviços de saúde e seguros de saúde. A outra variável é relativa à densidade populacional na área de residência. Em Szucs (2005) (38) verifica-se que com o aumento da densidade populacional os indivíduos são mais prováveis de se vacinar. Esta associação pode ser explicada da mesma forma que as associações com o tamanho do agregado familiar.

Quanto à residência e densidade populacional dos indivíduos, Endrich (2009) (41) refere que os resultados do estudo indicam que o agregado familiar, rendimentos familiares, densidade populacional, e zona de residência poderão contribuir para explicar variações de adesão à vacinação além de fatores como a idade e condições crónicas de saúde (doenças crónicas, entre outros).

Quanto às influências das habilitações literárias com a adesão à vacinação, verificou-se no estudo realizado por O'Malley (2006) (30) e Lau (2012) (29) que indivíduos com mais escolaridade, são mais prováveis de se vacinarem, indo ao encontro do estudo de Wooten (2012) (37), em que os indivíduos com menos escolaridade, são menos prováveis de se vacinarem. No entanto, em Wu (2013) (32), indivíduos com menores escolaridades são menos prováveis de se vacinar. Observando de forma generalista para estes resultados, pode assumir-se que esta variável poderá ter um efeito indireto em determinantes de saúde, no entanto, outras variáveis confundidoras poderão estar a

influenciar estas associações.

As habilitações literárias podem de certa forma influenciar os conhecimentos sobre gripe, sintomatologia e meios de prevenção. De uma forma geral, bons níveis de conhecimento poderão estar associados a uma maior proporção de cobertura vacinal. Porém, os estudos divergem na associação do estado vacinal com os conhecimentos sobre a vacina e os seus efeitos laterais e, com o género (16-17, 20, 22, 24, 47, 50-51).

No âmbito da relação entre a auto-perceção do estado de saúde com a adesão à vacinação, os estudos não são homogêneos. Se por um lado, observa-se em O'Malley (2006) (30) e Böhmer (2011) (36) que os indivíduos com menor perceção do estado de saúde, são mais prováveis de se vacinarem. Nos outros estudos não se observa uma relação evidente entre essa perceção e a adesão à vacinação. Este facto poderá ser devido outros fatores como o desejo de se proteger a si próprio e aos outros, à acessibilidade a serviços de saúde, ou até, devido a níveis de conhecimento sobre a gripe e a vacinação. Complementando com as relações entre as atitudes em saúde e a adesão à vacinação, verifica-se que quanto melhor são as atitudes dos indivíduos, mais prováveis são de se vacinarem (O'Malley, 2006 (30); Bömer, 2011 (36)); com os hábitos tabágicos, em que os indivíduos fumadores e/ou ex fumadores são menos prováveis de se vacinar (Böhmer, 2011 (36); Chiatti, 2011 (31)); com os hábitos etílicos, em que os indivíduos com maior regularidade de consumo, são menos prováveis de se vacinar (Böhmer, 2011 (36)); e com as consultas médicas, em que os indivíduos que têm mais consultas médicas, consultas médicas nos últimos 30 dias ou durante a época gripal são mais prováveis de se vacinar (O'Malley (30), 2006; Chiatti, 2010 (40) e Wooten (2012) (37), contrastando com as conclusões de Böhmer (2011) (36) em os indivíduos que vão com menos frequência a consultas médicas, são menos prováveis de se vacinar.

Por outro lado, ainda se pode observar que os indivíduos com condições crónicas de saúde, são mais prováveis de se vacinar (O'Malley, 2006 (30); Böhmer, 2011 (36); Chiatti, 2010 (40); Szucs, 2005 (38)). Este facto pode ser devido

à assistência destes indivíduos por parte de profissionais de saúde, de pertencerem a grupos de risco para a vacinação e conhecimentos sobre gripe e vacinação, aumentando, desta forma, a sua adesão à vacinação.

A adesão de vacinação aumenta com os conhecimentos sobre a Vacina (informação sobre a eficácia da vacina e sobre recomendações vacinais), prestar cuidados de saúde a indivíduos com Gripe ou estar em contacto com indivíduos doentes (aumentando assim o desejo de autoproteção e proteção dos seus utentes, nível educacional (não transversal a todos os estudos sobre a variação educacional e o estado vacinal), ter doença crónica, ser seguido regularmente no médico, conhecer outros indivíduos que tenham sido vacinados e, por último, o numero de agregado familiar (desejo de proteger os outros) (4, 6-7, 16, 21, 46-47, 51-52).

Por fim, tem sido descrito na literatura, que a vacinação prévia é um fator de adesão à vacinação (11, 16, 22, 45-47). No entanto, esta variável só foi observada num estudo inserido em análise na presente revisão, contudo, vai ao encontro do descrito na literatura, em que os indivíduos com vacinação prévia são mais prováveis de se vacinarem na época gripal em estudo.

Quanto às razões de adesão e não adesão à vacinação referidas nos estudos, pôde-se verificar que as principais razões de não adesão à vacinação foram a crença da vacinação ser desnecessária e que a vacinação causa gripe, razões estas, baseadas no âmbito do conhecimento sobre gripe e vacina antigripal, podendo o conhecimento destes indivíduos ser baixo.

Por outro lado, as principais razões de adesão à vacinação foram a recomendação por profissionais de saúde e o desejo de prevenir a gripe, razões estas inseridas no âmbito de melhores atitudes em saúde e no âmbito do conhecimento sobre gripe e vacinação (seguimento por profissionais de saúde, prevenção e controlo de infeção por gripe). Estas razões podem ser explicadas por vários estudos que referem que a recomendação médica (42, 53-55) e familiar ou de pares (56-59) à toma da vacina aumenta a adesão à vacinação

Apesar dos resultados nesta revisão serem ao

encontro dos achados de outros estudos sobre esta matéria, a presente revisão encontra-se com as seguintes limitações: foi utilizada apenas uma base de dados para a pesquisa bibliográfica limitando-se apenas aos estudos que ali se encontram; a metodologia dos estudos inseridos na análise, limitando a generalização dos seus resultados; a vacinação antigripal é auto reportada, podendo estar subjacente o efeito da resposta socialmente aceite, embora as entrevistas não presenciais diminuam este tipo de efeito. No entanto, as conclusões dos estudos foram de encontro a outros autores. Inerente a este tipo de revisão, existe, também, o viés de publicação, apesar dos resultados serem concordantes com os estudos sobre determinantes de vacinação.

Conclusão

Com a realização desta revisão pode-se concluir que os estudos incluídos não são homogêneos nos seus resultados. Melhores comportamentos no âmbito de saúde aumentam a adesão à vacinação (consultas médicas, melhores atitudes em saúde, não fumador, vacinação prévia), foram observadas associações entre os estudos. No entanto, dentro deste conjunto de variáveis, verifica-se que os indivíduos com menores auto-perceções de estado de saúde são mais prováveis de se vacinarem. Outras variáveis não possuem uma associação tão clara, sendo que se verifica alguma associação entre o aumento da idade, densidade populacional na área de residência, tamanho de agregado familiar e rendimento familiar com o aumento da proporção de vacinação.

As principais razões de não adesão à vacinação observadas foram a crença de vacinação antigripal ser desnecessária e que esta causa gripe. Por outro lado, as principais razões de adesão à vacinação foram a recomendação por profissionais de saúde e o desejo de a prevenir.

Referências bibliográficas

1. WHO. Influenza (Seasonal) - Fact sheet n°211. 2009 [11/05/2011]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/index.html>.

2. Monto AS, Gravenstein S, Elliott M, Colopy M, Schweinle J. Clinical signs and symptoms predicting influenza infection. *Arch Intern Med.* 2000;160(21):3243-7.

3. Rodriguez-Rieiro C, Dominguez-Berjon MF, Esteban-Vasallo MD, Sanchez-Perruca L, Astray-Mochales J, Fornies DI, et al. Vaccination coverage against 2009 seasonal influenza in chronically ill children and adults: analysis of population registries in primary care in Madrid (Spain). *Vaccine.* 2010;28(38):6203-9.

4. Abu-Gharbieh E, Fahmy S, Rasool BA, Khan S. Influenza vaccination: healthcare workers attitude in three Middle East countries. *Int J Med Sci.* 2010;7(5):319-25.

5. Russell ML, Henderson EA. The measurement of influenza vaccine coverage among health care workers. *Am J Infect Control.* 2003;31(8):457-61.

6. Christini AB, Shutt KA, Byers KE. Influenza vaccination rates and motivators among healthcare worker groups. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007;28(2):171-7.

7. Jimenez-Garcia R, Hernandez-Barrera V, de Andres AL, Jimenez-Trujillo I, Esteban-Hernandez J, Carrasco-Garrido P. Gender influence in influenza vaccine uptake in Spain: time trends analysis (1995-2006). *Vaccine.* 2010;28(38):6169-75.

8. WHO. Influenza (seasonal). [cited 2/03/2015]; Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/index.html.

9. Heymann DL. Control of Communicable Diseases manual. 19th edition ed. Association APH, editor. Washington DC: Editorial Board; 2008.

10. CDC. Prevention Strategies for Seasonal Influenza in Healthcare Settings. 2010 [cited 02/03/2015]; Available from: www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/healthcaresettings.htm.

11. Uddin M, Cherkowski GC, Liu G, Zhang J, Monto AS, Aiello AE. Demographic and socioeconomic determinants of influenza vaccination disparities among university students. *J Epidemiol Community Health.* 2010;64(9):808-13.

12. Nichol KL, D'Heilly S, Ehlinger E. Colds and influenza-like illnesses in university students: impact on health, academic and work performance, and health care use. *Clin Infect Dis*. 2005;40(9):1263-70.
13. Nichol KL, D'Heilly S, Ehlinger EP. Influenza vaccination among college and university students: impact on influenzalike illness, health care use, and impaired school performance. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162(12):1113-8.
14. Nichol KL, D'Heilly S, Ehlinger E. Burden of upper respiratory illnesses among college and university students: 2002-2003 and 2003-2004 cohorts. *Vaccine*. 2006;24(44-46):6724-5.
15. Fernandes AT, Fernandes MOV, Filho NR. *Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000.
16. Wodi AP, Samy S, Ezeanolue E, Lamour R, Patel R, Budnick LD, et al. Influenza vaccine: immunization rates, knowledge, and attitudes of resident physicians in an urban teaching hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005 Nov;26(11):867-73.
17. Millner VS, Eichold BH, 2nd, Franks RD, Johnson GD. Influenza vaccination acceptance and refusal rates among health care personnel. *South Med J*. 2010;103(10):993-8.
18. Wicker S, Rabenau HF, Doerr HW, Allwinn R. Influenza vaccination compliance among health care workers in a German university hospital. *Infection*. 2009;37(3):197-202.
19. Smedley J, Poole J, Waclawski E, Stevens A, Harrison J, Watson J, et al. Influenza immunisation: attitudes and beliefs of UK healthcare workers. *Occup Environ Med*. 2007;64(4):223-7.
20. Askarian M, Khazaeipour Z, McLaws ML. Influenza vaccination uptake among students and clinical staff of a university in Iran. *Int J Infect Dis*. 2009;13(4):476-82.
21. Dubnov J, Kassabri W, Bisharat B, Rishpon S. Influenza vaccination coverage determinants among employees of the Nazareth Hospital in Israel. *Isr Med Assoc J*. 2010;12(6):338-41.
22. Loulergue P, Moulin F, Vidal-Trecan G, Absi Z, Demontpion C, Menager C, et al. Knowledge, attitudes and vaccination coverage of healthcare workers regarding occupational vaccinations. *Vaccine*. 2009;27(31):4240-3.
23. Canning HS, Phillips J, Allsup S. Health care worker beliefs about influenza vaccine and reasons for non-vaccination--a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2005;14(8):922-5.
24. Trivalle C, Okenge E, Hamon B, Taillandier J, Falissard B. Factors that influence influenza vaccination among healthcare workers in a French geriatric hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006;27(11):1278-80.
25. Institute TJB. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition. South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2011 [cited 2014]; Available from: www.joannabriggs.edu.au.
26. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996 Feb;17(1):1-12.
27. Jones TF, Ingram LA, Craig AS, Schaffner W. Determinants of influenza vaccination, 2003-2004: shortages, fallacies and disparities. *Clin Infect Dis*. 2004 Dec 15;39(12):1824-8.
28. Mangtani P, Breeze E, Stirling S, Hanciles S, Kovats S, Fletcher A. Cross-sectional survey of older peoples' views related to influenza vaccine uptake. *BMC Public Health*. 2006;6(249):249.
29. Lau JT, Au DW, Tsui HY, Choi KC. Prevalence and determinants of influenza vaccination in the Hong Kong Chinese adult population. *Am J Infect Control*. 2012 Sep;40(7):e225-7.
30. O'Malley AS, Forrest CB. Immunization disparities in older Americans: determinants and future research needs. *Am J Prev Med*. 2006 Aug;31(2):150-8.
31. Chiatti C, Barbadoro P, Lamura G, Pennacchietti L, Di Stanislao F, D'Errico MM, et al. Influenza vaccine uptake among community-dwelling Italian elderly: results from a large cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11(207):207.
32. Wu S, Yang P, Li H, Ma C, Zhang Y, Wang Q. Influenza vaccination coverage rates among adults before and after the 2009 influenza pandemic and the reasons for non-vaccination

in Beijing, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013;13(636):636.

33. Gargano LM, Painter JE, Sales JM, Morfaw C, Jones LM, Murray D, et al. Seasonal and 2009 H1N1 influenza vaccine uptake, predictors of vaccination, and self-reported barriers to vaccination among secondary school teachers and staff. *Hum Vaccin*. 2011 Jan 1;7(1):89-95.

34. Banach DB, Ornstein K, Factor SH, Soriano TA. Seasonal influenza vaccination among homebound elderly receiving home-based primary care in New York City. *J Community Health*. 2012 Feb;37(1):10-4.

35. Poehling KA, Blocker J, Ip EH, Peters TR, Wolfson M. 2009-2010 seasonal influenza vaccination coverage among college students from 8 universities in North Carolina. *J Am Coll Health*. 2012;60(8):541-7.

36. Bohmer MM, Walter D, Krause G, Muters S, Gosswald A, Wichmann O. Determinants of tetanus and seasonal influenza vaccine uptake in adults living in Germany. *Hum Vaccin*. 2011 Dec;7(12):1317-25.

37. Wooten KG, Wortley PM, Singleton JA, Euler GL. Perceptions matter: beliefs about influenza vaccine and vaccination behavior among elderly white, black and Hispanic Americans. *Vaccine*. 2012 Nov 6;30(48):6927-34.

38. Szucs TD, Muller D. Influenza vaccination coverage rates in five European countries—a population-based cross-sectional analysis of two consecutive influenza seasons. *Vaccine*. 2005 Oct 17;23(43):5055-63.

39. Guthmann JP, Fonteneau L, Bonmarin I, Levy-Bruhl D. Influenza vaccination coverage one year after the A(H1N1) influenza pandemic, France, 2010-2011. *Vaccine*. 2012 Feb 1;30(6):995-7.

40. Chiatti C, Di Rosa M, Barbadoro P, Lamura G, Di Stanislao F, Prospero E. Socioeconomic determinants of influenza vaccination among older adults in Italy. *Prev Med*. 2010 Sep-Oct;51(3-4):332-3.

41. Endrich MM, Blank PR, Szucs TD. Influenza vaccination uptake and socioeconomic determinants in 11 European countries. *Vaccine*. 2009;27(30):4018-24.

42. Muller D, Szucs TD. Influenza vaccination coverage rates in 5 European countries: a population-based cross-sectional analysis of the seasons 02/03, 03/04 and 04/05. *Infection*. 2007 Oct;35(5):308-19.

43. Nowalk MP, Zimmerman RK, Shen S, Jewell IK, Raymund M. Barriers to pneumococcal and influenza vaccination in older community-dwelling adults (2000-2001). *J Am Geriatr Soc*. 2004 Jan;52(1):25-30.

44. Evans MR, Watson PA. Why do older people not get immunised against influenza? A community survey. *Vaccine*. 2003 Jun 2;21(19-20):2421-7.

45. Toy WC, Janosky JE, Laird SB. Influenza immunization of medical residents: knowledge, attitudes, and behaviors. *Am J Infect Control*. 2005;33(8):473-5.

46. Takayanagi IJ, Cardoso MR, Costa SF, Araya ME, Machado CM. Attitudes of health care workers to influenza vaccination: why are they not vaccinated? *Am J Infect Control*. 2007;35(1):56-61.

47. Martinello RA, Jones L, Topal JE. Correlation between healthcare workers' knowledge of influenza vaccine and vaccine receipt. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2003;24(11):845-7.

48. Pena-Rey I, Perez-Farinos N, Sarria-Santamera A. Factors associated with influenza vaccination among elderly Spanish women. *Public Health*. 2004 Dec;118(8):582-7.

49. Nagata JM, Hernandez-Ramos I, Kurup AS, Albrecht D, Vivas-Torrealba C, Franco-Paredes C. Social determinants of health and seasonal influenza vaccination in adults ≥ 65 years: a systematic review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*. 2013;13(388):388.

50. Akan H, Gurol Y, Izbirak G, Ozdatli S, Yilmaz G, Vitrinel A, et al. Knowledge and attitudes of university students toward pandemic influenza: a cross-sectional study from Turkey. *BMC Public Health*. 2010;10(413):413.

51. Manuel DG, Henry B, Hockin J, Naus M. Health behavior associated with influenza vaccination among healthcare workers in

long-term-care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2002;23(10):609-14.

52. Park JH, Cheong HK, Son DY, Kim SU, Ha CM. Perceptions and behaviors related to hand hygiene for the prevention of H1N1 influenza transmission among Korean university students during the peak pandemic period. *BMC Infect Dis.* 2010;10(222):222.

53. Zimmerman RK, Santibanez TA, Janosky JE, Fine MJ, Raymund M, Wilson SA, et al. What affects influenza vaccination rates among older patients? An analysis from inner-city, suburban, rural, and Veterans Affairs practices. *Am J Med.* 2003 Jan;114(1):31-8.

54. Lasser KE, Kelly B, Maier J, Murillo J, Hoover S, Isenberg K, et al. Discussions about preventive services: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2008;9(49):49.

55. Lau L, Lau Y, Lau YH. Prevalence and correlates of influenza vaccination among non-institutionalized elderly people: an exploratory cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2009 Jun;46(6):768-77.

56. Kwong EW, Pang SM, Choi PP, Wong TK. Influenza vaccine preference and uptake among older people in nine countries. *J Adv Nurs.* 2010 Oct;66(10):2297-308.

57. Schensul JJ, Radda K, Coman E, Vazquez E. Multi-level intervention to prevent influenza infections in older low income and minority adults. *Am J Community Psychol.* 2009 Jun;43(3-4):313-29.

58. Evans MR, Prout H, Prior L, Tapper-Jones LM, Butler CC. A qualitative study of lay beliefs about influenza immunisation in older people. *Br J Gen Pract.* 2007 May;57(538):352-8.

59. Adonis-Rizzo MT, Jett KF. Health beliefs of Haitian elders related to influenza prevention. *Public Health Nurs.* 2007 Jan-Feb;24(1):18-25.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A *Revista Investigação em Enfermagem (RIE)* publica artigos sobre teoria de investigação, sínteses de investigação e cartas ao director, desde que originais, estejam de acordo com as presentes normas de publicação e cuja pertinência e rigor científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico.

A *RIE* publica também editoriais, notícias e informação geral sobre investigação.

De acordo com o Estatuto Editorial, os domínio dos saberes espelhados na *RIE* situam-se no domínio da enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

Publicam-se nesta secção comentários, observações científicas ou críticas sobre artigos e temas surgidos na revista, assim como dúvidas ou experiências que podem ser resumidas. Quando justificar, a direcção da *RIE* envia aos autores visados as cartas para direito de resposta. *Extensão máxima recomendada 3 páginas.*

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

Artigos sobre teoria, métodos e técnicas de investigação numa construção de saberes original, revisão ou mistos. Estes artigos resultam da reflexão fundamentada sobre temas de investigação, desenvolvidos coerentemente de forma a obter conclusões válidas, podendo resultar da análise crítica da bibliografia relacionada com o tema em questão.

Devem estruturar-se da seguinte forma:

Resumo: Até 150-200 palavras, que contará com breve informação sobre o problema analisado, discutido ou revisto e se for caso o material e métodos utilizados e conclusões.

Palavras Chave: até um máximo de seis palavras que espelhem os conteúdos desenvolvidos.

Introdução: Deve ser breve, focando o tema e os objectivos do trabalho.

Desenvolvimento da temática

Conclusão: Breve e sucinta, focando os elementos fortes do desenvolvimento que constituam novidade científica ou uma nova visão sobre problemáticas já existentes.

Bibliografia: Seguindo a Norma Portuguesa - NP 405-1 (1994), ou outra norma aceite na comunidade científica.

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

Artigos que se constituam em sínteses de investigação e que se estruturam da seguinte forma:

Resumo; Palavras Chave; Introdução (com as características atrás enunciadas)

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

Material e métodos: Descrevendo-se com detalhe os métodos e as técnicas de investigação de forma a que possam ser avaliados e repetidos por outros investigadores.

Resultados: Os resultados devem ser concisos e claros e incluir o mínimo necessário de tabelas e quadros. Apresentam-se de forma a que não exista duplicação e repetição de dados no texto e nas figuras.

Discussão: Comentar os resultados alcançados confrontando-os com a revisão bibliográfica efectuada e relacionando-os com resultados de trabalhos prévios do próprio ou de outros autores.

Conclusão: Breve e sucinta focando os elementos fortes resultantes da investigação e que constituem novidade científica ou um novo equacionar de dados já existentes.

Agradecimentos: Se considerar necessário, nomeia-se pessoas e entidades.

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

As investigações realizadas em instituições carecem de autorização prévia das administrações. Quando se descrevem experiências realizadas em seres humanos deve-se indicar se os procedimentos estão de acordo com as normas da comissão de ética. Não se devem utilizar nomes, iniciais ou números hospitalares.

Deve ser clara a permissão de publicação por entidades/instituições que financiaram a investigação.

A revista não aceita material já publicado. Os autores são responsáveis por obter as necessárias autorizações para a reprodução parcial ou total de material (texto, quadros e figuras) de outras publicações. Estas autorizações devem pedir-se tanto ao autor como à editora.

Na lista de autores devem figurar unicamente as pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho. De forma geral para figurar como autor deve-se cumprir os seguintes requisitos:

- 1 - Ter participado na concepção e realização do trabalho do qual resultou o artigo em questão.
- 2 - Ter participado na redacção do texto e nas eventuais revisões do mesmo.
- 3 - Estar de acordo com a versão que finalmente vai ser publicada.

A **RIE** declina qualquer responsabilidade sobre possíveis conflitos decorrentes da autoria dos trabalhos que se publicam.

Os autores devem mencionar na sessão de métodos se os procedimentos utilizados nos utentes e grupos de controlo se realizaram com o consentimento informado.

Os autores (todos os que constarem na autoria do artigo) devem juntamente com o envio dos originais enviar uma folha onde declarem ceder graciosamente os direitos de publicação do artigo. Daí decorre que um artigo enviado para a **RIE** até rejeição da sua publicação não pode ser enviado para outro periódico.

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais/00revista-investigacao-em-enfermagem>

Podem também ser serão endereçados ao director da **RIE**, *Parque Empresarial de Eiras, lote 19 - 3020-265 Coimbra, ou Apartado 8026, 3021-901 PEDRULHA.*

Neste caso, deve enviar um original em suporte papel dactilografado em espaço duplo, letra 12, papel formato A4, com o tamanho máximo recomendado conforme atrás descrito para cada tipo.

Deve enviar CD com o texto, de preferência em Word, construído de forma simples sem utilização de cor.

Deve acompanhar carta com título do trabalho, nome dos autores, morada e forma de contacto, categoria profissional, título académico, local de trabalho.

Deve acompanhar declaração, manuscrita ou dactilografada em como cedem à **RIE** os direitos de publicação do artigo (identificar título), datado e assinado por todos os autores.

Imagens, figuras e fotografias a inserir, devem ser enviados os originais de forma ordenada e em função da sua introdução sequencial no texto (formato JPEG ou TIFF, com boa resolução).

Tabelas, quadros e gráficos devem ser incluídos(as) por ordem de inclusão no texto. **Os autores devem ter em atenção à sua forma gráfica, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

A taxa de submissão de artigo é de 10€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

A **RIE** acusa a recepção do artigo em carta enviada ao 1º autor. A **RIE** assim que proceder à aceitação do artigo comunica ao 1º autor a data provável de publicação.

Após publicação será(ão) enviada(s) ao(s) autor(es) senha(s) de acesso à **RIE** em formato PDF.

Os juízos e opiniões expressos nos artigos e cartas ao director são dos autores e não necessariamente do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da **RIE**, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais.

A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 25€.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Utilizam-se normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP 405-1 (1994), alguns exemplos:

Monografias;

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0859-9 (Com mais de dois autores utilizar *et al.*)

Artigos de publicações periódicas;

WEBB, Patt – **A sociedade europeia de enfermagem oncológica: passado, presente e futuro**. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, Nº1 (1997), p.11-18.

NOTA FINAL: Todos os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua portuguesa, inglesa e espanhola.