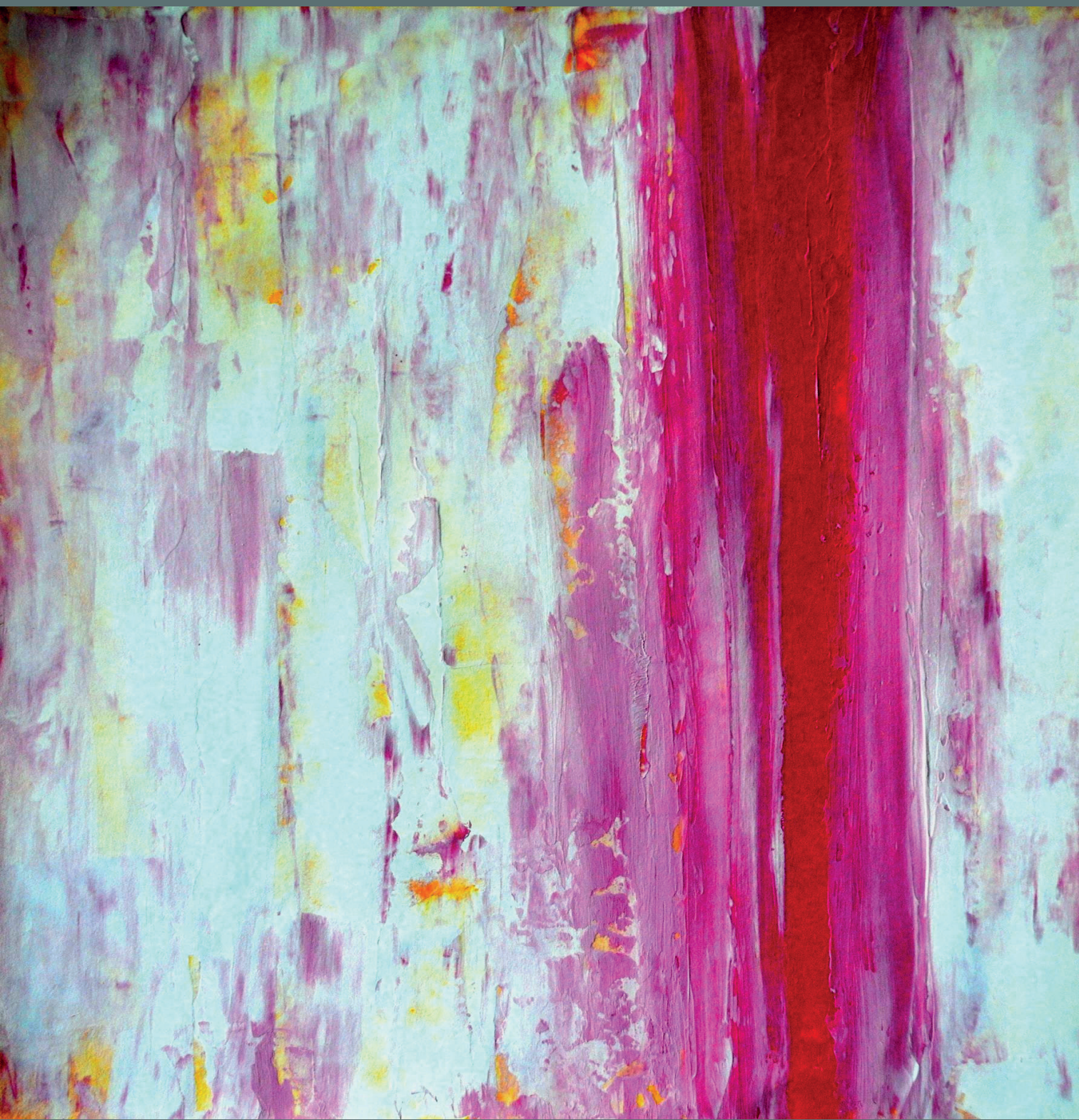
Revista
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

24

n 24. 2ª série - Agosto 2018



Edições
SINAIS VITAIS

Revista
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº24 Série 2 - AGOSTO 2018

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL 7

DOTAÇÃO SEGURA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA 9
SAFE NURSE STAFFING: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE
DOTACIÓN SEGURA PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA
Carla Amaral, Márcia Ferreira; Nuno Miguel Faria Araújo; Regina Silveira

VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DO MINI QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL (MINICHAL) 23
VERSÃO PORTUGUESA
TRANSCULTURAL VALIDATION OF MINI QUESTIONNAIRE OF QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSION (MINICHAL) - PORTUGUESE VERSION
VALIDACIÓN TRANSCULTURALE DE MINI CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSIÓN (MINICHAL) - VERSIÓN PORTUGUESA
Lara Daniela Matos Cunha; Paulo Alexandre Carvalho Ferreira

RESILIÊNCIA EM ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1: UMA REVISÃO DA LITERATURA 35
RESILIENCE IN ADOLESCENT WITH TYPE 1 DIABETES: A LITERATURE REVIEW
RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA
M. Amaral Bastos; Beatriz Araújo

O PROCESSO FORMATIVO DA PESSOA COM TRANSPLANTE RENAL: O CUIDADO COM A ATIVIDADE SEXUAL 49
PATIENT EDUCATION ABOUT SEXUAL ACTIVITY AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION
EL PROCESO FORMATIVO DE LA PERSONA CON TRANSPLANTE RENAL: EL CUIDADO CON LA ACTIVIDAD SEXUAL
Pedro Ricardo Coelho Goncalves; Maria Isabel Domingues Fernandes; Luís Manuel de Jesus Loureiro

RIE: registada no: **LATINDEX** - Sistema Regional de Informacíon en Línea para Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal. http://www.latindex.unam.mx. Classificada na **QUALIS** (avaliação de 2014 com B4 - Avaliação de periódicos pela CAPES/Ministério da Educação do Brasil). **Cuiden – Ciberindex** - Base de Dados Bibliográficos sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (http://www.index-f.com/bibliometria/incluidas.php).

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
Luís 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 Dinis 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

O DECLÍNIO FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS EM CONTEXTO CLÍNICO AGUDO

As alterações e tendências demográficas atuais, criam um risco cada vez maior de declínio funcional de pessoas idosas, levando ao aumento de dependências, (re)hospitalização, maiores períodos de internamento, diminuição da qualidade de vida, e maior sobrecarga para os cuidadores (in) formais, e contribuindo para maiores índices de morbilidade e mortalidade neste grupo populacional.

Diversos fatores contribuem para este fenómeno nas fases agudas de internamento. O repouso prolongado no leito e falta de atividade, contribuem para o descondicionamento, reconhecendo-se que a hospitalização, mais do que a própria doença, pode ser a causa mais provável do declínio observado. Pode incluir também de fatores demográficos, do estado cognitivo, psicológico e funcional antes da hospitalização, de fatores sociais, de comorbilidades e a polimedicação, da (i) mobilidade, estado nutricional, défices sensoriais, síndromes geriátricos (Lafont et al., 2011).

Para muitos idosos, o ambiente hospitalar nem sempre é terapêutico e embora exista uma filosofia reabilitativa global de cuidados de enfermagem, em que os enfermeiros ajudam os doentes a envolver-se e a participar ativamente nos diversos autocuidados, também sabemos que, muitas vezes, os enfermeiros substituem os doentes em vez de os ajudar na concretização de determinadas atividades (Boltz et al., 2011). As próprias atitudes e representações dos enfermeiros em relação à pessoa idosa hospitalizada, podem por vezes tornar-se numa barreira à promoção da mobilidade, contribuindo também para o declínio funcional, com todas as repercussões que lhe estão associadas, e refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados (Cruz, Tosoli, & Parreira, 2015). De facto, as representações sociais, relacionadas com os idosos e com as suas capacidades, conduzem muitas vezes a atitudes discriminatórias que estão muitas vezes associadas a ideias pré concebidas, e contribuir para a falta de confiança no sucesso das suas intervenções terapêuticas.

Este fenómeno enquadra-se nas prioridades atuais de saúde, envolve diversas dimensões, e apesar de alguns estudos realizados, é um objeto de estudo premente, que urge clarificar, de forma a desenvolver as melhores estratégias no controlo de fatores de risco individual, psicossocial e relacionados com contextos agudos de doença, e promover uma visão mais positiva e correta da pessoa idosa.

Arménio Cruz

Referências:

Boltz, M., Resnick, B., Capezuti, E., Shabbat, N., & Secic, M. (2011). Function-focused care and changes in physical function in Chinese American and non-Chinese American hospitalized older adults. Rehabilitation Nursing, 36(6), 233-240.

Cruz, A., Tosoli, A., & Parreira, P. (2015). Representações sociais sobre o envelhecimento de enfermeiros cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas. RIE, 2(12), 39-51.

Lafont, C, Gérard, S, Voisin, T, Pahor, M, & Vellas, B. (2011). Reducing "iatrogenic disability" in the hospitalized frail elderly. The Journal of Nutrition, Health & Aging, 15(8), 645-660.

DOTAÇÃO SEGURA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Carla Amaral[1]; Márcia Ferreira[2]; Nuno Miguel Faria Araújo[3]; Regina Silveira[4]

Resumo

O conceito de dotação segura em enfermagem é complexo, com múltiplas características que se auto influenciam. Pode ser definido, pela disponibilidade de enfermeiros em qualquer altura em número adequado e com as competências adequadas. Esta revisão sistemática da literatura surgiu da preocupação em determinar um método de cálculo das dotações seguras de enfermeiros nos serviços, que fosse adequado à nossa instituição e permitisse ser um recurso de apoio à gestão de enfermagem. Com base no exposto pretendemos dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual o contributo dos modelos de cálculo de dotação dos enfermeiros associada à segurança dos cuidados de enfermagem? A análise dos 14 artigos em estudo permitiu-nos concluir que não existe um modelo único e universal para efetuar este cálculo, no entanto o SCD/E parece ser a melhor ferramenta disponível em Portugal para a alocação dos enfermeiros de forma mais racional. A sua determinação constitui-se como uma prática segura, evitando o fenómeno do racionamento pelos enfermeiros e, por conseguinte, resultados negativos no estado de saúde do doente.
PALAVRAS-CHAVE: cuidados de enfermagem; alocação de recursos para a atenção à saúde; recursos humanos de enfermagem

Abstract

SAFE NURSE STAFFING: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

Safe Nurse Staffing is a complex concept with multiple features that influence each other. It can be defined by the constant availability of sufficient nurses with the appropriate skills and knowledge. This systematic review of the literature emerged from the concern in determining an adequate method for calculating safe nurse ward staffing at our institution, that would simultaneously serve as a support instrument for nurse care management. Based on the above, we intend on answering the following research question: How do calculation models of safe nurse staffing contribute to nurse care safety? The analysis of the 14 articles in consideration allowed us to conclude that there isn't a unique and universal model to perform this calculation, however, the PCS/N seems to be the best tool available in Portugal to allocate nurses in the most rational way. Its implementation reveals to be a safe practice, avoiding the nurse rationing and, consequently, negative results in the patients' health condition.
Keywords: nursing care; health care rationing; nursing staff

Resumen

DOTACIÓN SEGURA PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

El concepto de dotaciones seguras en enfermería es complejo, con múltiples características que se auto-condicionan. Se puede definir por la disponibilidad de enfermeras en cualquier momento en número suficiente y con las competencias adecuadas. Esta revisión sistemática de la literatura surge de la inquietud por determinar un método de cálculo de dotaciones seguras en enfermería en los servicios, que fuesen adecuadas para nuestra institución y al mismo tiempo constituyese un recurso de apoyo a la gestión de enfermería. Basado en lo antedicho, se pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la contribución de los modelos de cálculo de dotación de enfermeras asociada a la seguridad de los cuidados de enfermería? El análisis de los 14 artículos estudiados nos permitió concluir no que existe un modelo universal único para realizar este cálculo, sin embargo la SCD /E parece ser la mejor herramienta para la asignación de enfermeras de forma más racional disponible en Portugal. Su determinación se constituye como una práctica segura, evitando el fenómeno de racionamiento por los enfermeros y, por lo tanto, resultados negativos en el estado de salud del paciente.
Palabras clave: atención de enfermería; asignación de recursos para la atención de salud; personal de enfermería

Rececionado em abril 2018. Aceite em junho 2018

[1] Enfermeira no Internamento Cirúrgico- Hospital da Horta, EPER- Horta. Mestre e Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica pela UCP. Pós-graduanda no 4º Executive Master em Gestão e Administração em Saúde da CESPU (email: carlaisabelamaral@hotmail.com)

[2] Enfermeiro no Serviço de Ortotraumatologia- Hospital da Horta, EPER- Horta. Pós-graduanda no 4º Executive Master em Gestão e Administração em Saúde da CESPU

[3] Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave- IPSN- CESPU

[4] Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cirurgia de Ambulatório- Hospital da Horta, EPER- Horta. Pós-graduanda no 4º Executive Master em Gestão e Administração em Saúde da CESPU

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde são cada vez mais confrontados com a crescente necessidade de saúde e restrição financeira, limitando a capacidade dos serviços em se fortalecerem em recursos humanos e infraestruturas.

Considerando a promoção do desenvolvimento do sistema de saúde, as características demográficas da população, as tecnologias de saúde e diversidade de metodologias de gestão torna-se premente refletir num modelo de organização de recursos humanos que garanta qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, contribuindo para o reforço dos cuidados de enfermagem1.

A responsabilidade pela criação de condições que assegurem a saúde dos indivíduos e das comunidades não pode ser menosprezada, sendo condição obrigatória para a existência de uma prática de excelência na construção de ambientes favoráveis ao exercício profissional, na qual se destaca a existência de recursos humanos adequados, em quantidade e qualidade, às necessidades dos beneficiários2. Assim, a prestação de cuidados de enfermagem é uma responsabilidade dos serviços que deve ser encarada como uma prioridade de gestão3.

O International Council of Nurses (ICN), reconhece no contexto da operacionalização de intervenções dos prestadores de cuidados, que a carência de recursos humanos em enfermagem constitui um dos fatores que interfere diretamente na garantia de segurança das pessoas. Citando o Relatório do Institute of Medicine, "To err is Human: Building a Safer Health System" (1999) e os estudos de Needleman (2002) e Kovner (2002), destaca-se a relação entre a sub-dotação de enfermeiros e a ocorrência de eventos adversos, tais como, quedas, erros de medicação, infeções associadas aos cuidados de saúde e readmissões[4].

O conceito de dotações seguras emergiu como resultado das alterações dos sistemas de cuidados de saúde, promovendo uma melhor compreensão do impacto das dotações dos enfermeiros na segurança dos doentes[3].

O ICN define dotação segura como sendo "pessoal em número apropriado, com combinação adequada de conhecimento, aptidões e experiência, estar disponível em qualquer altura para garantir respostas efetivas às necessidades de cuidados dos doentes e a manutenção de um ambiente de trabalho livre de perigo."[5]

A necessidade de uma dotação segura começou por ser determinada a partir da experiência das chefias e, posteriormente, esta preocupação introduziu fatores estruturais, como o número de camas ou a taxa de ocupação, através do qual se obtinham rácios fixos (tipo 1:2, ou seja, um enfermeiro para dois doentes), independentemente da condição, do estado ou das necessidades dos doentes. Entretanto surgiram algumas fórmulas que utilizavam critérios de atividade médica para medir as necessidades de cuidados de enfermagem e, posteriormente, emergiram métodos que utilizam instrumentos de medida dos níveis de cuidados de enfermagem que classificam e calculam o tempo necessário de cuidados, transformando-o em número de enfermeiros[6].

Os chamados sistemas de classificação, são métodos de agrupamento de doentes que determinam as necessidades em cuidados e sustentam a tomada de decisão quanto à qualidade dos cuidados, à melhoria da produtividade, aos custos e à gestão de recursos humanos.

Na prática diária de prestação de cuidados de enfermagem surgiu a preocupação em determinar um método de cálculo das dotações seguras de enfermeiros nos serviços, que fosse mais adequado à nossa instituição e permita ser um recurso de apoio à gestão. Esta necessidade que identificámos foi o ponto de partida para a elaboração de uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de dar resposta baseada na evidência referente a esta temática.

MATERIAL E MÉTODOS

Pretende-se agora descrever de forma sequencial as diversas etapas que orientaram a elaboração deste estudo.

A metodologia é um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, sendo nesta fase do processo que se indica o tipo de investigação realizada, o problema e os objetivos[7]. Desta forma, e tendo por base o referencial teórico previamente elaborado, definem-se os procedimentos metodológicos que se consideraram mais adequados ao desenvolvimento do estudo.

A revisão sistemática emerge como a metodologia com a abordagem rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica evidenciando principalmente estudos experimentais, sobretudo ensaios clínicos randomizados. Destaca-se de outros métodos de revisão pois elimina possíveis vieses em cada uma das etapas, seguindo um método exigente na procura e seleção de artigos, avaliação da relevância e validade dos mesmos, síntese e interpretação dos dados pesquisados[8]. Este método constitui-se como um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), cuja origem se deve ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane. Caracteriza-se por uma abordagem direcionada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. Envolve a definição do problema, a identificação das informações necessárias, a condução da procura de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação da sua utilização[9].

O primeiro passo desta revisão sistemática de literatura consistiu na identificação da problemática de inexistência de um sistema de classificação de doentes na instituição, surgindo a seguinte pergunta de investigação: Qual o contributo dos modelos de cálculo de dotação dos enfermeiros associada à segurança dos cuidados de enfermagem?

Esta revisão sistemática teve como principais objetivos: conhecer os vários modelos existentes de cálculo de dotação de enfermeiros; perceber qual o modelo de cálculo de dotação de enfermeiros mais adequado à realidade da nossa instituição e o impacto da escassez de recursos de enfermagem na segurança do doente.

Na elaboração da pergunta de investigação foi usado o método "PICO", que corresponde às iniciais dos aspetos fundamentais a incluir na formulação da pergunta de investigação. PICO representa um acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes", que dentro da prática baseada na evidência são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências10. Definimos como participantes, os enfermeiros; a intervenção os modelos de cálculo de dotação; a comparação não existe neste estudo e o outcome ou resultado, a segurança dos cuidados de enfermagem.

Esta estratégia PICO, foi também usada para a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, com efeitos na constituição da amostra.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos em língua portuguesa e inglesa, com acesso ao texto completo, que respondam a um dos objetivos do estudo e como critérios de exclusão: estudos no âmbito da pediatria, urgência, cuidados intensivos, saúde mental, hospital de dia e ambulatório e artigos com mais de 10 anos.

Para a pesquisa nas duas línguas selecionadas foi utilizado como definidor de descritores a base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), através do qual identificámos os seguintes descritores: "nursing care"; "health care rationing" e "nursing staff".

Seguindo com rigor todos os passos necessários na mobilização deste método, foi desenvolvido um protocolo para a identificação dos estudos de interesse para

esta revisão. A pesquisa foi efetuada durante os meses de novembro e dezembro de 2017 e janeiro de 2018, nos seguintes motores de busca: EBSCO-host e Google Scholar. A EBSO-host agrega as seguintes bases de dados: CINAHL Plus, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), MedicLatina e MEDLINE. Também foram utilizadas as bases de dados PubMed e o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP).

Realizámos a pesquisa com o campo de pesquisa em "texto completo", como forma de obter um maior número de artigos e com o marcador boleano "and". Limitamos a pesquisa a estudos em português e inglês. A frase booleana utilizada nas referidas bases de dados foi "nursing care" AND "health care rationing" AND "nursing staff".

Obtivemos 228 artigos científicos. Após leitura de títulos e resumos rejeitámos os que não correspondiam à questão de investigação, eliminamos também os artigos duplicados e, posteriormente, procedemos à aplicação dos critérios de elegibilidade. Depois de analisados os artigos na íntegra e, com base na verificação dos critérios propostos, obtivemos uma amostra de 6 artigos científicos. Procedemos também ao rastreamento das referências bibliográficas dos artigos de interesse, incluindo dados da literatura teórica e empírica, dos quais resultou uma amostra de 14 artigos, tal como se encontra esquematizado no seguinte fluxograma.

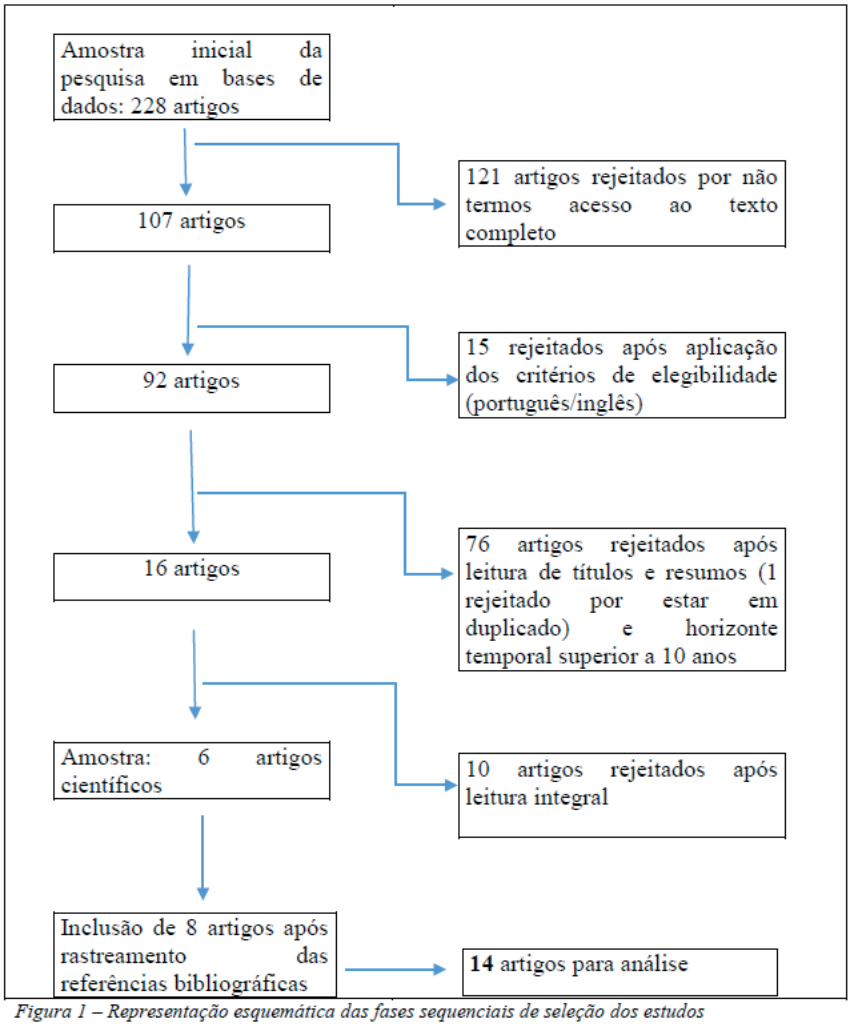


Figura 1 – Representação esquemática das fases sequenciais de seleção dos estudos

Identificada a necessidade da revisão e a literatura pertinente na área, localizados e selecionados os estudos, passou-se à análise dos mesmos, respeitando-se uma série de passos bem definidos, os quais estão preconizados para a elaboração de estudos de revisão sistemática. Seguidamente são apresentados e discutidos os dados e resultados mais pertinentes, tendo em conta a questão de investigação.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Apresentar e discutir os resultados, consiste em fornecer toda a informação pertinente relativamente aos objetivos traçados, que orientaram o trabalho. Estes tiveram por base a análise rigorosa e criteriosa dos artigos selecionados que são apresentados na tabela seguinte:

Artigo	Autor(es)	Título	Ano	Tipo de estudo Amostra	Objetivo
E1	Freitas MJBS, Parreira PMD, Marôco JP	Dotação Segura em Enfermagem: características e variáveis do conceito	2014	Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa n- 6 enfermeiros gestores	Descrever os elementos de essencialidade do conceito de dotação segura em enfermagem e as suas variáveis
E2	Cordeiro ALM	Recursos humanos e qualidade dos cuidados em enfermagem	2009	Descritivo, analítico e transversal de abordagem qualitativa e quantitativa n- 37 enfermeiros	Identificar a dotação necessária dos recursos humanos em enfermagem para a prestação de cuidados e analisar o entendimento que os enfermeiros têm sobre a dotação de pessoal, a qualidade dos cuidados e as implicações na responsabilidade profissional.
E3	Freitas MJBS, Parreira PMD	Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados	2013	Revisão de literatura	Analisar as diferentes formas de operacionalização do conceito de dotação segura e o seu impacto nos resultados obtidos ao nível dos doentes, enfermeiros e organizações de saúde.
E4	Mota H, Paulino CD, Simões MH	Patient Classification System based on Dependency of Nursing Care (PCS/N)	2008	(não definido)	Apresenta o modelo de SCD/E criado por uma equipa de enfermeiros portugueses e os resultados do seu desenvolvimento e implementação.
E5	Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, Spetz J, Smith HL	Implications of the California nurse staffing mandate for other states	2010	Estudo comparativo	Determinar se nos hospitais da Califórnia, onde o índice mínimo de enfermeiro/doente é legislado, difere de dois estados sem legislação e se essas diferenças estão associadas aos resultados nos enfermeiros e doentes.
E6	Jones LT	A Descriptive Analysis of Implicit Rationing of Nursing Care: Frequency and Patterns in Texas	2015	Estudo transversal n-226 enfermeiros	Estudar o fenómeno do racionamento implícito entre enfermeiros no Texas.

E7	Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Shaffert-Witvliet B, Sloane DM, De Geest S	Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study	2008	Estudo de coorte transversal n-1338 enfermeiros e 779 doentes de 118 unidades médicas, cirúrgicas e ginecológicas.	Estudar a associação entre o racionamento implícito de cuidados de enfermagem e os resultados dos doentes nos hospitais suíços selecionados.
E8	Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Shaffert-Witvliet B, De Geest S	Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study	2009	Descritivo Correlacional Enfermeiros (n-1338) e doentes (n-779)	Descrever os níveis de racionamento implícito na distribuição de cuidados de enfermagem num hospital suíço e identificar a importância clínica dos níveis de racionamento.
E9	Schubert M, Ausserhofer A, Desmedt M, Shwendimann R, Lesaffre E, Li B, De Geest S	Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals—A cross sectional study	2013	Transversal n- 1633 enfermeiros de unidades médicas, cirúrgicas ou médicas-cirúrgicas	Descrever os níveis de racionamento implícito de cuidados de enfermagem em hospitais suíços de cuidados agudos.
E10	Thungjaroenkul P, Cummings GG, Embleton A	The Impact of Nurse Staffing on Hospital Costs and Patient Length of Stay: A Systematic Review	2007	Revisão sistemática de literatura	Examinar a relação entre os níveis de enfermeiros licenciados, período de internamento dos doentes e custos hospitalares.
E11	Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ	The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes	2007	Revisão sistemática e Meta-análise n-28 estudos	Avaliar a associação entre níveis de pessoal de enfermagem licenciado e resultados no doente em hospitais de cuidados agudos.
E12	Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G.	Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies	2013	Revisão Sistemática de Literatura n- 17 estudos quantitativos	Obter uma compreensão aprofundada dos fatores e processos relacionados ao racionamento de cuidados de enfermagem.
E13	Ascenção HSS	Da qualidade dos cuidados de enfermagem à satisfação das necessidades do utente	2010	Abordagem quantitativa, exploratória-descritiva n- 136 casos	Determinar se existe relação entre os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades reais do utente, numa UCI.
E14	Burnes Bolton L, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Sandhu M, Fridman M, Aronow HU	Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre- and postregulation	2007	Estudo exploratório	Examinar o impacto dos rácios de enfermagem na Califórnia.

Tabela 1- Apresentação dos estudos selecionados para análise

A bibliografia encontrada foi categorizada e analisada de acordo com os objetivos do estudo e, desta forma, vai ser apresentada em duas áreas temáticas. Primeiro apresentamos os resultados referentes aos estudos que se reportam aos modelos de cálculos de dotações e depois aos que incidem no impacto da escassez de recursos de enfermagem na segurança do doente.

Modelos de dotação de enfermeiros

O conceito de dotação segura em enfermagem é um conceito complexo, com múltiplas características que se auto influenciam.

É necessário assegurar as dotações adequadas para o exercício de enfermagem, sendo a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança sustentada por métodos de organização de recursos humanos de enfermagem. Estes são baseados em alguns princípios como a análise de tarefas, de funções de postos de trabalho, do grau de dependência dos doentes e do juízo profissional. Foram identificados cinco métodos[5,11]:

- Juízo profissional - permite calcular o número de enfermeiros pretendido em cada turno, o número de horas de trabalho necessárias por semana. Indicado para uma abordagem rápida e simples da dotação, no entanto não se adapta às oscilações de carga de trabalho ou à distribuição equitativa da mesma;
- Número e enfermeiros por cama ocupada - calcula o número de enfermeiros necessário em cada turno e de acordo com o número de camas ocupadas por especialidade ou tipologia de doente. Não é sensível ao grau de dependência dos doentes internados;
- Qualidade-acuidade – calcula o número de enfermeiros por turno tendo por base uma fórmula mais complexa que o método anterior, é sensível à complexidade em cuidados dos doentes e ao seu grau de dependência. No entanto, necessita de um programa informático e de formação especifica, aumentando a carga de trabalho dos enfermeiros pela necessidade de recolher e registar os dados;
- Tarefas/Intervenções cronometradas – quantifica em minutos as intervenções previstas no plano de cuidados de enfermagem de cada doente. No total resultam o número de horas de cuidados necessárias por doente/turno/dia.
- Análise de modelos de regressão linear – prevê o número de enfermeiros necessários para um determinado nível de atividade num determinado serviço utilizando cálculos estatísticos complexos. Demonstra que a taxa de ocupação leva ao aumento da dotação e estima as necessidades em número de enfermeiro. Não é seguro extrapolar os resultados para realidades diferentes.

Freitas, Parreira e Marôco[12], revelaram como premissa essencial do conceito de dotação, a disponibilidade de enfermeiros em qualquer altura em número adequado e com as competências adequadas. O seu estudo exploratório de abordagem qualitativa, cuja a amostra constituía-se por seis enfermeiros na área de gestão revelou alinhamento com a evidência científica disponível no que respeita ao número de enfermeiros e a necessidade de estes contemplarem a experiência e conhecimento essenciais para prestarem cuidados de enfermagem seguros e de qualidade que satisfaçam as necessidades dos doentes. No entanto, a dotação de enfermagem ser promotora de um ambiente seguro não foi nomeada por todos os participantes.

Mota, Duarte e Simões[13] apresentam o modelo de classificação de doentes baseado em graus de dependência em enfermagem (SCD/E) criado por uma equipa de enfermeiros portugueses e os resultados do seu desenvolvimento e implementação. Consiste em classificar os doentes internados por indicadores críticos de atividades, de acordo com as necessidades de cuidados de enfermagem. Este estudo foi realizado por enfermeiros de 5 hospitais do Serviço

Nacional de Saúde (SNS), nos serviços de medicina interna e cirurgia[13].

A aplicação do SCD/E nos hospitais portugueses permitiu desenvolver mecanismos para melhorar a provisão de cuidados, através de uma identificação mais precisa das necessidades dos seus doentes. As enfermeiras envolvidas no sistema enfatizaram como resultados mais importantes: o cuidado prestado; o ajuste dos recursos disponíveis às necessidades dos doentes; a comunicação entre os enfermeiros e a padronização dos conceitos utilizados pelos enfermeiros13.

Os resultados indicaram também a falta de enfermeiros para as unidades de internamento, especialmente em relação à medicina interna. No entanto, a informação obtida permite a alocação dos recursos disponíveis em conformidade com as necessidades reais dos doentes, e têm em consideração as variações esperadas para o período de 24 horas minimizando a falta ou excesso de pessoal. Além disso, é possível obter indicadores que podem ser utilizados para adequar o número de enfermeiros às necessidades dos doentes e definir as metas e políticas de gestão. A principal conclusão é que o SCD/E é uma ferramenta de gestão em que o primeiro gestor de cuidados são os enfermeiros que têm o papel principal neste sistema. Uma vez que é o profissional mais próximo do doente e aquele que interpreta os sinais e sintomas e identifica as suas necessidades, gerando assim o indicador das horas necessárias de prestação de cuidados (HCN), com o doente no centro de todo o sistema[13].

Os sistemas de classificação de doentes podem ser considerados como ferramentas de gestão, uma vez que uniformizam a linguagem, permitem a definição de parâmetros e de orçamentos e ainda permitem a comparação da carga de trabalho de enfermagem ao longo do tempo[14].

O uso do SCD/E influenciou a cultura organizacional e permitiu ao conselho de administração ter disponível um sistema de informação objetivo, que pode ajudar na tomada de decisão sobre a gestão diária e estratégica do hospital[13].

A OE1, em 2014, publicou em Diário da República a norma para o cálculo de dotações seguras de cuidados de enfermagem e determina a fórmula de cálculo para os diferentes contextos de prática clínica das diferentes instituições de saúde existentes em Portugal. Partindo do pressuposto que não existe um método único para o cálculo de dotação de enfermeiros, esta norma considera para os serviços de internamento o SCD/E da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que determina as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, obtidos através da base de dados nacional com milhões de registos, resultantes da informação produzida desde a sua implementação, em 1987.

Para o cálculo de dotação de enfermeiros nos serviços de internamento na área dos cuidados hospitalares, a OE1-2 determina a utilização dos valores das horas de cuidados necessários por dia de internamento (HCN/DI) do SCD/E, tendo como referência o valor médio dos anos de 2011 e 2012 da ACSS, que devem ser revistos de 3 em 3 anos.

As fórmulas para cálculo são:

$$\frac{LP\ (lotação\ praticada) \times TO\ (taxa\ de\ ocupação) \times HCN \times NDF/A\ (nº\ de\ dias\ de\ funcionamento\ por\ ano)}{T\ (período\ normal\ de\ trabalho\ por\ enfermeiro/ano)}$$

$$\frac{DI\ (dias\ de\ internamento\ por\ ano) \times HCN}{T}$$

Nunes[6] reconhece que o Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência em Cuidados de Enfermagem resulta na melhor ferramenta disponível para a alocação dos enfermeiros de forma mais racional, em contextos da prática clínica hospitalar.

A dificuldade da adoção de um único método levou a que alguns países legislassem a implementação de rácios de dotação segura em enfermagem. O estado da Califórnia foi pioneiro nesta abordagem, implementando este método em todos os hospitais daquele estado. Posteriormente,

outros estados americanos e outros países seguiram o mesmo exemplo. Porém, num estudo efetuado por Chapman et al. (2009), que avaliou o impacto da aplicação dessa lei, concluíram que a melhoria da qualidade dos cuidados prestados não resulta exclusivamente do aumento da dotação, uma vez que não reflete com precisão as necessidades dos doentes e não tem em consideração a estrutura dos serviços e a experiência dos prestadores dos cuidados. Em oposição, há evidência científica que menores rácios enfermeiro-doente influenciam positivamente os resultados para os doentes[11].

Na análise efetuada aos dados da aplicação do SCD/E, em Portugal, no Relatório da ACSS de 2006[5] constata-se que a população se está a tornar cada vez mais dependente a nível dos cuidados de enfermagem, sobretudo nos serviços de medicina, determinando-se que o valor HCN/DI é maior a nível dos hospitais distritais do que nos hospitais centrais ou de especialidade, uma vez que estes últimos recebem doentes em situações emergentes ou doença aguda que, logo estabilizadas ou tratadas são remetidas para a sua área de residência.

Na literatura são descritos vários métodos para o planeamento das dotações necessárias, sendo reconhecidas vantagens e limitações a todos eles, não existindo nenhum método ou fórmula universal para determinar o nível de dotações seguras[6].

Na opinião do mesmo autor, o cálculo das horas de cuidados necessários de acordo com o grau de dependência de doentes parece ser o mais adequado a seguir. O desígnio é a identificação do tipo e quantidade de cuidados, enfermeiros gerais/especialistas necessários e o cálculo do total da equipa.

O cálculo de dotação de enfermeiros não deve limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo unânime que a definição de um rácio apropriado deve ter em conta também aspetos como competências profissionais, as infraestruturas da instituição, a decentralização de serviços, a formação e a investigação a realizar[2].

A todos os métodos são reconhecidos pontos fortes e fracos e, apesar de toda a investigação desenvolvida, não foi apresentada uma ferramenta ideal para calcular as dotações seguras em enfermagem. Um dos constrangimentos reside na impossibilidade em medir todas as atividades/intervenções associadas aos aspetos cognitivos e intelectuais desenvolvidas pelos enfermeiros.

Em Portugal, nos contextos de prática clínica hospitalar são utlizados o SCD/E da ACSS e a norma da Ordem dos Enfermeiros (OE) para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. No entanto, a norma da OE recorre ao SCD/E para determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, o que em nosso entender esta fórmula de cálculo da OE está dependente da aplicação do SCD/E, não se podendo dissociar deste.

Existem outros métodos da carga de trabalho em enfermagem em contextos específicos, nomeadamente o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28), utilizado em Portugal em cuidados intensivos[6], no entanto não aprofundamos este método por este contexto ser um critério de exclusão neste trabalho.

Impacto da dotação em enfermagem na segurança do doente

São inúmeros os estudos que concluem a existência de uma relação direta entre a dotação de enfermeiros e o impacto nos resultados no estado de saúde do doente[2]. O impacto das dotações em enfermagem manifesta-se ao nível dos resultados obtidos nos doentes, enfermeiros e organizações de saúde[11].

Este é um problema emergente, sobretudo pelo panorama que se vive, tanto ao nível da escassez de recursos de enfermagem como das inúmeras restrições financeiras, que condicionam determinantemente a inexistência de dotações seguras e a qualidade dos cuidados prestados. Na literatura deparámo-nos em vários estudos com o conceito do racionamento dos cuidados de enfermagem, que é um termo usado para descrever a alocação de recursos no contexto da escassez, que existe nos cuidados de saúde, quando a necessidade de recursos excede os meios para prestar serviços. Jones[15] refere que o fenómeno do racionamento

implícito entre enfermeiros apareceu recentemente na literatura. Segundo o mesmo autor, uma equipe de investigadores suíços foi a primeira a definir, descrever e medir o racionamento implícito dos cuidados de enfermagem e continuam a ser pioneiros neste campo. Definem este conceito como a retenção ou falha da realização de ações de enfermagem necessárias para os doentes devido à falta de recursos de enfermagem (pessoal, níveis de competências, tempo).

Jones[15] realizou um estudo transversal, com uma amostra de 226 enfermeiros médico-cirúrgicos, com objetivo de examinar o fenómeno do racionamento implícito entre enfermeiros no Texas. Este foi medido utilizando um instrumento de pesquisa de 31 itens, adaptado do instrumento "Basel Extent of Rationing of Nursing Care" (BERNCA) original da Suíça. Este solicita aos enfermeiros que avaliem a frequência com a qual não conseguiram completar uma lista de atividades comuns de cuidados de enfermagem, nos sete turnos anteriores usando uma escala de tipo Likert. Este estudo fornece evidências de que o racionamento implícito pode ser uma componente rotineira da tomada de decisão clínica entre enfermeiros médico-cirúrgicos em pelo menos um estado dos EUA. Além disso, sugere que, quando confrontados com a escassez de tempo, os enfermeiros podem favorecer a conclusão das atividades para atender às necessidades diretas e imediatas de saúde fisiológica em relação às necessidades psicológicas e futuras de saúde.

Schubert et. al.[16], realizaram um estudo de coorte transversal, com uma amostra de 1338 enfermeiros e 779 doentes em 118 unidades médicas, cirúrgicas e ginecológicas, com o objetivo de estudar a associação entre o racionamento implícito de cuidados de enfermagem e os resultados dos doentes nos hospitais suíços selecionados, ajustado às principais variáveis organizacionais, incluindo a qualidade do ambiente da prática de enfermagem e o nível da equipa de enfermagem. O racionamento foi medido usando o instrumento BERNCA e dados adicionais foram coletados usando uma versão adaptada do questionário "International Hospital Outcomes Study". A percentagem de enfermeiros que relataram que os eventos adversos ocorreram às vezes ou de forma frequente durante o ano anterior variaram de 16 (incidentes críticos) a 58% (infeções nosocomiais). Uma clara maioria dos enfermeiros relatou que todos os eventos em estudo ocorreram com alguma frequência.

Os resultados deste estudo sugerem que o racionamento do atendimento de enfermagem, um processo que ocorre na interface enfermeiro-doente, é um forte indicador independente de resultados do doente. Mesmo níveis baixos de racionamento foram relacionados com a ocorrência de eventos adversos. Uma vez que o racionamento nunca pode ser totalmente evitado, é importante definir o limiar acima do qual este afeta negativamente os resultados. Esses dados permitiriam que os administradores de enfermagem usassem o racionamento implícito dos cuidados de enfermagem como um indicador do impacto das estratégias de redução de custos e mudanças no ambiente de enfermagem em processos de cuidados nas suas instalações (particularmente mudanças nos níveis de pessoal, níveis de competências e outros recursos).

Schubert et. al.[17], no seu estudo que usou a mesma amostra do anterior e teve por objetivo descrever os níveis implícitos na distribuição de cuidados de enfermagem num hospital de cuidados agudos suíço e identificar a importância clinica dos níveis de racionamento. Concluíram que a menor oferta de enfermeiros e consequentemente o aumento dos internamentos hospitalares leva ao aumento da necessidade dos serviços de enfermagem, no entanto as competências e os recursos diminuíram. Assim o racionamento torna-se uma característica cada vez mais proeminente nos cuidados de saúde. Os resultados deste estudo destacam a relevância do racionamento para a segurança e cuidados de qualidade do doente, uma vez que todo o racionamento detetável mostrou resultados com efeitos negativos em três dos seis resultados dos doentes estudados.

Schubert et. al.[18], realizaram um estudo transversal, com uma amostra de 1633 enfermeiros de 35 hospitais suíços, com o objetivo de explorar as associações entre nove possíveis indicadores de racionamento selecionados e racionamento implícito de cuidados de enfermagem em

hospitais suíços de cuidados agudos. A não realização de qualquer uma das 32 tarefas de enfermagem necessárias devido à falta de recursos de enfermagem, foi avaliada usando o instrumento BERNCA. Noventa e oito por cento dos enfermeiros participantes relataram que, nos últimos sete dias úteis, tiveram que racionar pelo menos uma dessas 32 tarefas, indicando diferentes prioridades na realização das tarefas de enfermagem necessárias. A análise de regressão multinível confirmou dois dos nove preditores testados: melhor adequação dos recursos do pessoal da unidade e um clima de segurança no nível hospitalar mais favorável, foram consistentemente associados a menores níveis de racionamento. Contra as premissas dos investigadores, as outras duas dimensões do meio ambiente de enfermagem, as três medidas de carga de trabalho, a experiência do enfermeiro e a educação de enfermeiros não foram associadas ao racionamento. Concluíram que, os indicadores de racionamento identificados, a adequação dos recursos do pessoal e o clima de segurança, podem determinar os pontos de partida para as intervenções, ou seja, mudanças proactivas para melhorar a adequação dos recursos de pessoal e que quando o racionamento excede os limiares predefinidos, aumenta o risco de efeitos negativos sobre os resultados dos doentes.

Thungjaroenkul, Cummings e Embleton[19] realizaram uma revisão sistemática que teve por objetivo avaliar a relação entre os níveis de enfermeiros licenciados, período de internamento dos doentes e custos hospitalares associados. Concluíram que a redução de enfermeiros pode reduzir significativamente a qualidade dos cuidados e que a decisão sobre o nível de enfermeiros deve-se basear em evidências sólidas para garantir que o número adequado de enfermeiros esteja disponível para alcançar padrões de segurança e bons resultados no doente. O número reduzido de enfermeiros contribui para o aumento de eventos adversos bem como o tempo de permanência do doente no hospital, mais que o necessário.

Kane et al.[20] realizaram uma revisão sistemática e meta-análise de 28 estudos cujo objetivo foi avaliar a associação entre níveis de enfermeiros licenciados e os resultados do doente. Estudos com diferentes modelos mostraram associações entre o aumento do número de enfermeiros licenciados na equipa e menor probabilidade de mortalidade hospitalar, bem como eventos adversos.

Também Papastavrou, Andreou e Efstathiou[21] no mesmo tipo de estudo concluíram que o racionamento também influencia a segurança do doente na medida em que se evidenciam altas taxas de mortalidade, baixa satisfação, queda de doentes, úlceras por pressão e infeções associados ao racionamento.

Ascenção[14], citando Carayon e Gurses (2008), referem que uma elevada carga de trabalho em enfermagem põe em causa a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Pode refletir-se na falta de tempo dos enfermeiros para realizar algumas atividades, ou não as realizar em segurança bem como afetar a tomada de decisão.

Segundo Cordeiro[5], concluiu no seu estudo sobre Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados em Enfermagem que, no que concerne às dotações os cuidados prestados são os prioritários e não os considerados necessários. É referido pelos enfermeiros que quando existem dotações inadequadas, priorizam as suas intervenções de acordo com as urgências das mesmas e com as rotinas instituídas, minorando as necessidades psicossociais e espirituais, apoio emocional e a educação para a saúde. Os enfermeiros mencionam que a qualidade dos cuidados dependem da sua prestação, que por sua vez dependem das dotações existentes. Porém quando estas são insuficientes não há diminuição da sua responsabilidade nos cuidados que prestam.

Também Aiken et al.[22] realizaram um estudo de grande dimensão, com 22336 enfermeiros, no qual avaliaram as cargas laborais e os rácios enfermeiro/doente em 353 hospitais da Califórnia, 73 hospitais de New Jersey e 178 hospitais da Pensilvânia. Da análise dos dados tornou-se evidente que os enfermeiros dos hospitais da Califórnia cuidam, em média, de menos dois doentes nos serviços de medicina e de menos um doente nos serviços de cirurgia, comparativamente com os enfermeiros que trabalham nos hospitais dos outros estados em que não estão legislados rácios enfermeiro/

doentes. Da comparação dos resultados obtidos ao nível dos rácios enfermeiro/doentes, verificou-se uma menor taxa de mortalidade dos doentes nos hospitais da Califórnia. Nos hospitais dos outros estados, alinhados com os rácios dos hospitais da Califórnia, o nível de insatisfação e exaustão nos enfermeiros foi também mais baixo e os enfermeiros relataram consistentemente melhor qualidade de atendimento.

Também o estudo de Burnes Bolton et al.[23] evidenciou que alguns indicadores relativos às intervenções de enfermagem como as quedas e as úlceras de pressão adquiridas no hospital, são influenciados pelo rácio enfermeiro/doente, observando-se melhoria nestes resultados para rácios enfermeiro/doentes mais baixos.

A OE[2], em consonância com os resultados já mencionados, cita vários estudos. O de Needlman et al. (2002) verificou que nos contextos de prática clínica onde eram disponibilizadas uma maior proporção de horas de cuidados de enfermagem e um mais elevado nível de diferenciação de competências por dia de internamento foi verificado a existência de internamentos mais curtos, taxas de infeção mais baixas, menores taxas de paragens cardíacas e de insucesso na reanimação. *Canadian Federation of Nurses Unions* (2005) concluiu haver relação entre dotações insuficientes de enfermeiros e a ocorrência de eventos adversos (ulceras de pressão, erros de medicação, quedas). Também Kane et al. (2007) refere haver evidência entre o número de enfermeiros, os eventos adversos e os índices de mortalidade. Neste sentido, Karolinska Institut (2014) salienta que o aumento de um doente na carga de trabalho dos enfermeiros, para além do considerado adequado aumenta a probabilidade de morte durante o internamento em 7%.

Todos os estudos são consensuais no que se refere à existência de uma relação direta entre a dotação de enfermeiros e o impacto nos resultados no estado de saúde do doente, expondo que a diminuição do número de enfermeiros, aumenta a probabilidade de eventos adversos e consequentemente a taxa de mortalidade. A adequação de recursos de pessoal e o clima de segurança podem determinar o tipo de intervenções de enfermagem uma vez que são descuradas algumas destas quando se verifica uma dotação insuficiente.

O racionamento implícito dos cuidados de enfermagem é uma importante variável organizacional identificada recentemente e descrita em vários estudos em análise, sendo determinante como medida dos impactos da dotação de pessoal e da qualidade do ambiente de prática de enfermeiros sobre os resultados dos doentes, corroborando a necessidade da existência de dotações seguras para uma prática segura e de qualidade.

O volume/frequência de cuidados racionados é resultado da tomada de decisões administrativas e reflete a necessidade de racionamento pelos enfermeiros. Decisões que resultam numa menor necessidade de racionamento devem, por isso, ser defendidas por gestores de enfermagem. Logo, os níveis de racionamento analisados juntamente com outros dados, podem ajudar os sistemas de saúde e os hospitais a determinar os níveis mínimos de pessoal e competências necessárias para alcançar os resultados desejados dos doentes.

CONCLUSÃO

A dotação segura em enfermagem é uma preocupação central na prestação diária de cuidados pelos enfermeiros para o exercício de uma prática segura e de qualidade, como forma de dar respostas às necessidades dos doentes em tempo útil e adequado, sem os negligenciar. No entanto, devido a um conjunto variado de restrições, os gestores de enfermagem são condicionados diariamente na sua alocação de recursos, não cumprindo as dotações seguras e nem sempre as determinando.

Este estudo teve como finalidade dar resposta a três objetivos delimitados pela nossa inquietude perante esta temática. O nosso primeiro objetivo refere-se aos modelos de cálculo de dotação de enfermeiros e, pela literatura pesquisada, concluímos que não existe um modelo único e universal para efetuar este cálculo, devido também há grande variedade de instituições e tipologia de serviços. Estes métodos de organização de recursos humanos de enfermagem são baseados em alguns princípios

como a análise de tarefas, de funções de postos de trabalho, do grau de dependência dos doentes e do juízo profissional. O Sistema de Classificação Enfermagem por graus de dependência dos doentes, implementado em Portugal desde 1987, constitui-se como a melhor ferramenta disponível para a afetação do pessoal de forma mais racional nos contextos de prática clínica hospitalar, uma vez que determina as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados necessários por dia de internamento. Por sua vez, a OE determina a fórmula de cálculo para os diferentes contextos de prática clínica das diferentes instituições de saúde existentes em Portugal, considerando para os serviços de internamento o SCD/E. Neste sentido, damos resposta ao nosso segundo objetivo considerando a aplicação do SCD/E nos serviços de internamento como o método mais adequado para o conhecimento real das horas de cuidados necessárias, atendendo à tipologia de cada serviço e instituição.

Os estudos mais recentes têm-se preocupado em estudar o fenómeno do racionamento dos cuidados de enfermagem no contexto da escassez e todos eles concluem que os enfermeiros, quando confrontados com este problema, favorecem a conclusão das atividades para atender às necessidades diretas e imediatas de saúde fisiológica em relação às necessidades psicológicas. Concluem também a existência de uma relação direta entre a dotação de enfermeiros e o impacto nos resultados no estado de saúde do doente, com a ocorrência de eventos adversos, tais como, quedas, erros de medicação, infeções associadas aos cuidados de saúde e readmissões.

Quanto às limitações do nosso estudo apontamos as palavras-chave que usámos e as bases selecionadas para pesquisa, mas consideramos que a nossa amostra permitiu-nos dar resposta adequado aos nossos objetivos, sobretudo pela decisão do método a usar na nossa instituição, como forma de permitir uma gestão e alocação de recursos de enfermagem mais justa e racional.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial ao Miguel Souto e Suzete Ferreira pelo contributo que deram na tradução dos resumos em espanhol e inglês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portugal. Ordem dos Enfermeiros Regulamento nº 533, de 2 de dezembro de 2014. Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2 dez 2014; 2.ª série (233):30247-30254

2. Ordem dos Enfermeiros. Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. 2014

3. International Council of Nurses. Dotações Seguras Salvam Vidas: instrumentos de informação e ação. Genebra; 2006.

4. Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros. Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermagem no serviço nacional de saúde-Indicadores e valores de referência. [Internet]. SlideShare; 2011 [Cited 2018 jan 28]. Available from: https://pt.slideshare.net/doutorenfermeiro/recomendacoes-dotacao-enfermeirossnsvfsite

5. Cordeiro ALM. Responsabilidade Profissional: recursos humanos e qualidade dos cuidados em enfermagem. [Dissertação de Mestrado em Bioética] Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.

6. Nunes L. Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e discursos de acessibilidade. Salutis Scientia. 2011 nov; 3

7. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. (Edições técnicas e científicas, Lda.). Loures: Lusociência; 2009.

8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8:102-6

9. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2004 mai-jun;12(3):549-56.

10. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 mai-jun;15(3):508-11

11. Freitas MJBS, Parreira PMD. Dotação Segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. Rev Enf Ref. 2013 jul;10:171-78

12. Freitas MJBS, Parreira PMD, Marôco JP. Dotação Segura em enfermagem: características e variáveis do conceito. Revista Investigação em Enfermagem. 2014 nov: 26-34

13. Mota H, Paulino CD, Simões MH- Patient Classification System based on Dependency of Nursing Care (PCS/N). 24th PCSI Working Conference- Casemix beyond funding- Contributions for health policy. 2008 oct: 8-11

14. Ascenção HSS. Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente. [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2010.

15. Jones LT. A Descriptive Analysis of Implicit Rationing of Nursing Care: Frequency and Patterns in Texas. Nurs Econ. 2015 may-jun;33(3):144-54

16. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Shaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. Int J Qual Health Care. 2008 aug;20(4):227-37

17. Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Shaffert-Witvliet B, De Geest S. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. Int J Nurs Health Stud. 2009 jul;46(7):884-93

18. Schubert M, Ausserhofer A, Desmedt M, Shwendimann R, Lesaffre E, Li B, et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals- a cross sectional study. Int J Nurs Stud. 2013 feb;50(2):230-39

19. Thungjaroenkul P, Cummings GG, Embleton A. The impact of nurse staffing on hospital costs and patient length of stay: a systematic review. Nurs Econ. 2007 sep-oct;25(5):255-65

20. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. Med Care. 2007 dec;45(12):1195-204

21. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. Int J Health Plann Mgmt. 2014 jan-mar;29(1):3-25

22. Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, et al. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. Health Serv Res. 2010 aug;45(4):904-21

23. Burnes Bolton L, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Sandhu M, Fridman M, et al. Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre- and postregulation. Policy Polit Nurs Pract. 2007 nov;8(4):238-50

VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DO MINI QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL (MINICHAL) VERSÃO PORTUGUESA

Lara Daniela Matos Cunha[1]; Paulo Alexandre Carvalho Ferreira[2]

Resumo

Enquadramento: A apreciação da qualidade de vida tem sido considerada basilar na compreensão do impacto causado pela hipertensão arterial.
Objetivos: Validar culturalmente o instrumento de medida Mini Questionário da Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial (MINICHAL) para a população portuguesa.
Metodologia: Estudo descritivo, analítico, corte transversal e abordagem quantitativa. A amostra não probabilística acidental, foi constituída por 105 utentes hipertensos inscritos na consulta externa de um hospital central. Foi efetuada validação semântica e transcultural através da tradução e retrotradução do questionário, revisão por peritos e efetuado pré-teste. Para a análise das propriedades psicométricas foi avaliada a sensibilidade, validade de construto, fidelidade, homogeneidade e reprodutibilidade. Resultados: O instrumento revelou boa consistência interna (α cronbach=0,859), com estrutura fatorial semelhante ao estudo original MINICHAL Espanha e MINICHAL Brasil.
Conclusão: As propriedades psicométricas do MINICHAL comprovam a adequada aplicação, demonstrando que a estrutura fatorial possui índices aceitáveis de fiabilidade e validade. Pela sua especificidade e pragmatismo, o questionário representa um instrumento útil para avaliação da qualidade de vida da pessoa hipertensa.
Palavras-chave: hipertensão, qualidade de vida, estilo de vida, enfermagem.

Abstract

TRANSCULTURAL VALIDATION OF MINI QUESTIONNAIRE OF QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSION (MINICHAL) - PORTUGUESE VERSION
Theoretical framework: The assessment of the quality of life has been considered fundamental in understanding the impact of arterial hypertension.
Objectives: Culturally validate the measuring instrument Mini Questionnaire of Quality of Life in Hypertension (MINICHAL) for the Portuguese population.
Methodology: A descriptive, analytical, cross-sectional quantitative approach. The accidental non-probabilistic sample was composed of 105 hypertensive users enrolled in the outer query a central hospital. It was performed semantic and cross-cultural validation through translation and back translation of the questionnaire, review by experts and made pretest. To analyze the psychometric properties evaluated the sensitivity, construct validity, accuracy, uniformity and reproducibility. Results: The instrument showed good internal consistency (Cronbach's α = 0.859), with similar factorial structure to the original study MINICHAL Spain and Brazil.
Conclusion: The psychometric properties of MINICHAL demonstrate the proper application, showing that the factor structure has acceptable levels of reliability and validity. For its specificity and pragmatism, the questionnaire is a useful tool for evaluating the quality of life of hypertensive people.
Keywords: quality of life, nursing, hypertension.

Resumen

VALIDACIÓN TRANSCULTURALE DE MINI CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSIÓN (MINICHAL) - VERSIÓN PORTUGUESA
Marco contextual: La evaluación de la calidad de vida se ha considerado fundamental para entender el impacto de la hipertensión arterial.
Objetivos: Validar culturalmente el instrumento de medición Mini Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión (MINICHAL) para la población portuguesa.
Metodología: Un enfoque descriptivo, analítico, transversal cuantitativo. La muestra no probabilística accidental se compone de 105 usuarios hipertensos inscritos en la consulta externa de un hospital central. Se llevó a cabo la validación semántica e intercultural através de la traducción y retrotraducción del cuestionario, la revisión por expertos e hizo pretest. Para analizar las propiedades psicométricas evaluado la sensibilidad, la validez de constructo, la precisión, uniformidad y reproducibilidad. Resultados: El instrumento mostró una buena consistencia interna (α de Cronbach = 0,859), con estructura factorial similar a la del estudio original MINICHAL España y Brasil.
Conclusión: Las propiedades psicométricas de MINICHAL demuestran la correcta aplicación, lo que demuestra que la estructura factorial tiene niveles aceptables de fiabilidad y validez. Por su especificidad y el pragmatismo, el cuestionario es una herramienta útil para la evaluación de la calidad de vida de las personas hipertensas.
Palabra clave: hipertensión, calidad de vida, estilo de vida, enfermería.

Rececionado em abril 2018. Aceite em junho 2018

(1) Doutoranda UL/ESEL, Professora Assistente Convidada, ESEnfC (email: enflaracunha@hotmail.com).
(2) PhD, Professor Adjunto, ESEnfC

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) surge como uma problemática atual, resultante do estilo de vida e condições sociais existentes no mundo moderno. Esta encerra em si um elevado custo social na saúde devido às co morbilidades associadas, tais como as doenças cerebrovasculares, patologias cardíacas e complicações renais que conduzem à incapacidade e à morbidade.

A pertinência desta temática é justificada e reforçada pela emergência das transições como focos de atenção em enfermagem. Se se assumir que o ciclo vital compreende a sucessão de transições humanas, trabalhar a qualidade de vida (QV) significa ter um acesso privilegiado à realidade da pessoa, promovendo, dentro do possível, a autonomia e o autocuidado. A solidez e consistência da pesquisa na área da QV terá naturalmente como consequência a conquista de novas estratégias de intervenção.

Com o objetivo de validar culturalmente um instrumento de colheita de dados de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa com hipertensão arterial (Mini Questionário da Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial - MINICHAL) atendida na consulta do hipertenso de um hospital central da região centro, encetámos um estudo descritivo, analítico de corte transversal e abordagem quantitativa.

ENQUADRAMENTO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. Considera que esta é multifatorial, explanando-se a partir das seguintes dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de independência (mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), relações sociais e meio ambiente (Souza e Carvalho, 2003). Ainda que se reconheça que a qualidade de vida é multidimensional, abarcando a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as relações com o ambiente, os instrumentos avaliam a QV enfatizando, prioritariamente, a saúde (Patrick, 2008 citado em Pedroso & Pilatti, 2010).

Catarino (2010) refere que na sociedade atual, a qualidade de vida é utilizada como uma medida de resultado dos cuidados e intervenções em saúde. Assim, a questão mais importante não reside na sobrevida da pessoa com doença crónica mas sim da forma como esta consegue viver a sua vida diária com a mesma qualidade de vida das pessoas que não sofrem de nenhuma doença. Assim sendo, a QV relacionada com a saúde tornou-se um indicador importante na qualidade da assistência à pessoa hipertensa.

No estudo de Qian et al. (2009) em que foi avaliado o efeito de uma intervenção comunitária nos fatores de influência da QV em utentes chineses com hipertensão, a análise dos dados demonstrou que o sexo, idade, nível de educação, ingestão de fritos, rendimento familiar, atitude, conhecimento, pressão arterial e sintomas, eventos graves, duração do diagnóstico de hipertensão e o número de tomas de terapêutica anti-hipertensiva foram significativamente correlacionados com a QV. Após a intervenção, a taxa de controlo da HTA aumentou de 32,0% para 39,4%, e resultou numa melhoria no score total de QV em todos os domínios, exceto na componente social.

Alguns estudos têm demonstrado que a QV da pessoa hipertensa é inferior à pessoa normotensa. Num estudo transversal efetuado por Trevisol, Moreira, Fuchs, e Fuchs (2012), os participantes com HTA com ausência de regime terapêutico tiveram scores mais elevados de QV do que aqueles que estão a cumprir terapêutica ou com HTA descontrolada. Concluíram que os indivíduos com HTA têm pior QV, especialmente quando

a sua PA é controlada pela terapêutica, sendo que esta perceção pode levar à diminuição da taxa de adesão da mesma.

Sublinhando este aspeto, o efeito adverso dos tratamentos para a HTA sobre a QV da pessoa tem sido amplamente reportados na literatura. Embora a conscientização sobre a doença tenha melhorado nas últimas décadas, a realidade é que existe uma percentagem considerável de pessoa hipertensas renitentes à adesão terapêutica. O tratamento é geralmente a longo prazo, e o seu sucesso vai depender dos efeitos deste sobre a sua QV. Prova disso mesmo, são os resultados do trabalho de Pèrez et al. (2012) que pretendiam analisar a associação do conhecimento demonstrado e o controlo da HTA na população adulta das Ilhas Canárias (n=6675), sendo que os piores scores de gestão da doença foram encontrados nos utentes com fatores de risco modificáveis associados, tais como consumo de álcool, obesidade, dislipidémia e disritmias.

Cada vez se revela mais importante estudar as condições que interferem no bem-estar da pessoa, bem como os fatores indissociáveis da QV, com vista a desenvolver novas intervenções, ações e políticas, com vista à promoção de saúde.

Mini Questionário da Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial (MINICHAL)

O MINICHAL, desenvolvido em Espanha por Badía, Roca-Cusachs, Dalfó, Arístegui, e Roset (2001) e validado para a língua portuguesa em 2008 num estudo levado a cabo no Brasil por Schultz, Rossignoli, Correr, Fernández-Llimós, e Toni (2008) com 191 utentes hipertensos, foi o instrumento de medida escolhido pela especificidade e pragmatismo.

O MINICHAL contém dezasseis (16) questões de escolha múltipla, organizada em duas dimensões: estado mental (dez questões), manifestações somáticas (seis questões) e uma (1) questão de verificação de como a pessoa avalia que a sua HTA e respetivo tratamento têm influenciado a sua QV, com base nos sete dias precedentes.

De forma a entender melhor estes contrutos, as manifestações fisiológicas e/ou somáticas resultantes do stress adaptativo podem ser consideradas tipos de resposta emocional resultante da avaliação que fazemos da realidade e dos mecanismos pessoais de adaptação à situação (Ballone, 2007). A escolha somática para eclosão das emoções parece depender de uma série de fatores ou mecanismos, desde os mais somáticos aos mais psíquicos (estado mental). O processo que vai do stress até ao resultado somático final, será sempre fisiológico e biológico, dominado pelas características intrínsecas do indivíduo (Idem).

Posto isto, as respostas aos domínios estão distribuídas numa escala de Likert e possuem 4 opções de resposta: de zero (não, absolutamente) a três (sim, muito). A pontuação máxima para o estado mental é de 30 pontos e para as manifestações somáticas de 18 pontos. A questão 17, que avalia a perceção geral de saúde, é pontuada na escala de Likert, apesar de não ser incluída em nenhum dos domínios supra referidos. Quanto mais próximo estiver o resultado do zero, maior a sua perceção de uma boa QV.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado com a finalidade de disponibilizar em português um instrumento que permita avaliar a perceção da qualidade de vida da pessoa hipertensa. Caracteriza-se como um estudo do tipo descritivo, analítico, corte transversal e abordagem quantitativa, no qual se procedeu à tradução e adaptação cultural do instrumento para português e, posteriormente, ao estudo e avaliação das suas propriedades psicométricas.

Foi obtido o parecer positivo pela comissão de ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, bem como dos CHUC/HUC. Foi igualmente

operacionalizado o modelo de consentimento informado com menção ao estudo pretendido e os participantes foram informados que os resultados obtidos iriam ser divulgados em eventos científicos e publicados. Foram assegurados o anonimato, a confidencialidade das respostas e a participação voluntária no estudo. Durante todo o processo foram garantidos os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsínquia.

SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Após aprovação do projeto pela comissão de ética do centro hospitalar, os dados foram recolhidos na instituição onde decorreram as consultas da pessoa hipertensa, através de prévio agendamento com as secretárias clínicas locais e com base nas listagens das consultas diárias. Foi operacionalizado o MINICHAL durante o período de 2 de dezembro de 2013 a 18 de agosto de 2014. Os critérios de inclusão foram aceitação de participação voluntária do estudo, ter mais de 18 anos, saber ler e interpretar texto, ter condições clínicas e psicológicas para participação no estudo e ter o diagnóstico clínico de HTA. A amostra foi do tipo não-probabilística acidental.

Sendo o objetivo deste estudo validar um dos instrumentos de medida, Pestana e Gageiro (2008, p.487), salientam que "é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores". O mínimo de respostas válidas (N) por variável (K) é: $N=50$ se $K\leq5$, $N= 10xK$ se $5<K\leq15$ e $N=5xK$ se $K>15$. Assim sendo, para a contabilização do tamanho mínimo da amostra em questão, e tendo presente que o instrumento de colheita de dados a validar possui 17 itens, seriam necessários pelo menos: $N=5xK$, temos $5x17=85$. Tendo por base estas considerações, esta ficou constituída por 105 utentes hipertensos.

Etapas de tradução, adaptação e validação transcultural do questionário

O procedimento de tradução da MINICHAL foi desenvolvido obedecendo aos passos evidenciados na figura 1.

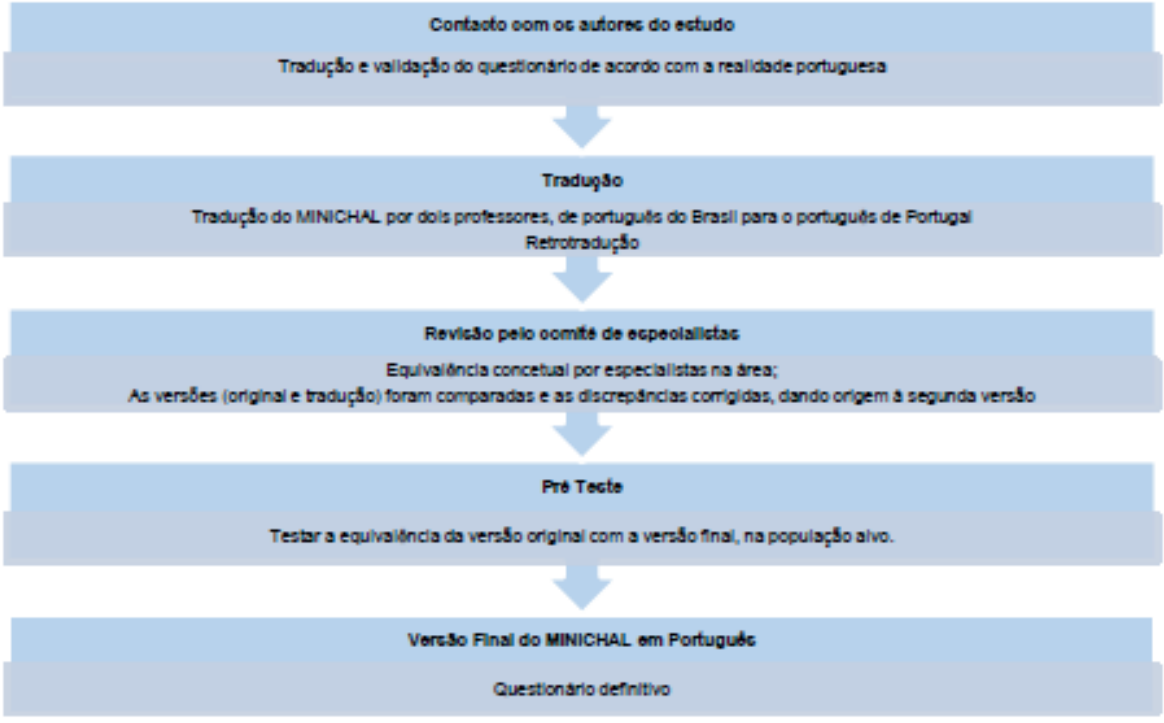


Figura 1. Fluxograma das ações para a validação semântica e tradução transcultural.

O questionário foi traduzido, baseando-se em orientações de normas estabelecidas previamente (World Health Organization, 2002) que recomendam tradução, revisão por painel de especialistas e adaptação cultural.

Com o intuito de manter a integridade do instrumento de medida, a tradução do MINICHAL preservou o mesmo significado para cada item entre as duas línguas, com ênfase conceitual, ao invés de traduções literais, bem como a necessidade de usar uma linguagem natural e aceitável para um público amplo. Assim, a tradução inicial, foi realizada por dois tradutores independentes e experientes neste tipo de atividade. A primeira tradutora é professora de português e a segunda tradutora é uma brasileira, atualmente residente em Portugal a realizar o doutoramento na área da enfermagem e com evidência produzida na área da pessoa hipertensa no Brasil. A autora referida anteriormente também já efetuou estudos com o MINICHAL na realidade brasileira.

As versões produzidas foram comparadas pela pesquisadora e o índice percentual de concordância entre tradutoras foi elevado. Os itens traduzidos de forma diferente foram discutidos e obteve-se um consenso, obtendo-se a versão final.

Para a revisão da escala pelo comité de especialistas foram selecionados três peritos na área da enfermagem médico-cirúrgica e assistentes de uma escola superior de enfermagem. Foram aceites como equivalentes os itens que obtiveram concordância entre os especialistas. Os itens de menor concordância foram modificados de acordo com as sugestões.

Após ajustes da escala original e retrotradução, foi efetuado o pré-teste, tendo presente os seguintes factos: foram incluídos indivíduos representativos da população selecionada para o estudo e que não foram eleitos para o estudo principal; a cada item do questionário foi perguntado a cada participante, o que entendeu da questão, quais as dúvidas e sugestões. O MINICHAL foi aplicado a 10 utentes hipertensos, os quais não tiveram dificuldades na compreensão dos itens do instrumento de medida. Durante a reflexão falada e pré teste, foi solicitado que sugerissem as alterações que considerassem necessárias.

Após a aplicação do pré-teste, os resultados obtidos permitiram manter o instrumento de avaliação conforme estava elaborado, não tendo sido necessário proceder a alterações, pelo que considerou definitivo.

Para concluir o processo de validação foi necessária a análise das propriedades psicométrica do questionário.

RESULTADOS

Após concluída a equivalência linguística e conceptual surge o Mini Questionário da Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial (MINICHAL) – versão portuguesa (figura 2).

Mini Questionário da Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) – versão portuguesa

Preencha a grelha considerando a sua vida na última semana (assinale com um x)	Não, absolutamente	Sim, um pouco	Sim, médio	Sim, muito
1. Tem dormido mal?				
2. Tem tido dificuldade em manter relações sociais habituais?				
3. Tem tido dificuldades em relacionar-se com as pessoas?				
4. Sente que não exerce um papel útil na vida?				
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?				
6. Tem-se sentido constantemente agoniado e tenso?				
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?				
8. Sente-se incapaz de desfrutar das atividades habituais diárias?				
9. Tem-se sentido esgotado e sem forças?				
10. Teve a sensação que esteve doente?				
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?				
12. Teve inchaço nos tornozelos?				
13. Percebeu que tem urinado com maior frequência?				
14. Tem sentido a boca seca?				
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?				
16. Tem notado dormência ou formigueiro em alguma parte do corpo?				
17. Você diria que a sua hipertensão e respetivo tratamento têm afetado a sua qualidade de vida?				

Figura 2. Mini Questionário da Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial (MINICHAL) – versão portuguesa.

Descrição das propriedades psicométricas do MINICHAL

O MINICHAL é constituído por duas dimensões: estado mental e manifestações somáticas. O estudo das características psicométricas da escala supracitada foi realizado, tendo por base o exposto a seguir.

Uma distribuição diz-se simétrica ou não enviesada quando as medidas de localização (média, mediana, moda) têm o mesmo valor (Pestana & Gageiro, 2008). Assim, podemos inferir que as medidas de tendência central variam entre 0,2 e 1,019, isto é, entre 0=”não absolutamente”, 1=”sim, pouco”, não variando deste valores e sendo relativamente simétricas.

Utilizou-se um teste estatístico, nomeadamente o KMO para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial. (Maroco, 2003; Pestana & Gageiro, 2008). Os valores de KMO (0,786), demonstram que há uma boa correlação entre as variáveis e o teste de Bartlett é estatisticamente significativo ($p<0,000$). O valor de significância do teste de esfericidade de Bartlett mostrou-se menor que 0,0001, o que possibilita confirmar a possibilidade e adequação do método de análise fatorial para o tratamento dos dados e permite rejeitar a hipótese de que os resultados das correlações na população, são devidos ao acaso, concluindo que as variáveis estão significativamente correlacionadas (Pestana & Gageiro, 2008; Pereira, 2001). Em ambos os casos, os testes sugerem que os dados são adequados à análise fatorial.

A estrutura fatorial da adaptação do questionário foi examinada, utilizando o método de extração das componentes principais, seguido da rotação dos fatores para que se possa obter uma solução fatorial mais objetiva maximizando as cargas fatoriais dos itens (Brown, 2006).

O critério de Kaiser (eigenvalue>1 ou autovalor) sugere que se devem extrair quatro fatores. Em conjunto, estes quatro fatores explicam 58,8% da variância das variáveis originais. Enquanto a variância total explicada pelos quatro fatores não varia com a rotação, o mesmo não acontece com a variância explicada por cada fator, que varia com a rotação (antes 32,666% e depois 18,734%).

Referente à correlação anti-imagem, podemos verificar que todos os valores de

medida de adequação de amostragem (MSA) são superiores a 0,5, o que indica que a análise pode seguir sem remoção de itens.

As comunalidades são índices atribuídos às variáveis originais que expressam, em termos percentuais, o quanto a variabilidade de cada variável é explicada pelo modelo de análise fatorial estimado (Brown, 2006).

Usualmente o valor mínimo aceitável é de 0,50 (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009; Filho & Júnior, 2010). Assim, as variáveis "tem dormido mal", "teve a sensação que esteve doente", "teve inchaço nos tornozelos" apresentam comunalidade ligeiramente abaixo do valor crítico. Numa perspetiva conservadora, seria aconselhável excluí-la da análise e realizar novamente a análise fatorial mas para os nossos propósitos, iremos conservá-la. Reforçando este aspeto e tendo em conta os valores de MSA, não é justificada a sua exclusão da escala.

O passo seguinte foi rotacionar as variáveis em relação aos componentes extraídos. É utilizado o método de rotação oblíqua, uma vez que se trata de modelos multifatoriais (Brown, 2006).

Sublinhe-se que a percentagem de variância total explicada pelas quatro componentes depois da rotação é a mesma, mas cada uma delas explica diferentes percentagens das que eram explicadas pelas componentes antes da rotação.

Tendo como referência Brown (2006), Hair et al. (2006) e Filho e Júnior (2010), os critérios de determinação dos fatores utilizados foram:

- Critérios de Kaiser: fatores com valor próprio, igual ou superior a 1 (eigenvalue≥1,0);
- Peso fatorial dos itens igual ou superior a 0,4 (fator loadings≥0,40);
- Inexistência de itens com pesos fatoriais com alguma relevância (fator loadings>0,30) em mais do que um fator. Caso aconteça, e se a diferença entre eles não for significativa (cross loadings≤0,15), o item deve ser eliminado;
- A percentagem de variância explicada pelos fatores retidos deve ser no mínimo de pelo menos 40%;
- A consistência interna do fator deve ser igual ou superior a 70 (alfa cronbach≥0,70).

No que concerne as dimensões da rotação de componente, esta apresenta um nível de rotação elevado na sua maioria (>0,5). Verificamos efetivamente que são definidas quatro dimensões do MINICHAL: dimensão 1 – itens 9, 14,16, 11, 12, 13 e 1; dimensão 2 – itens 7, 6, 8, 15, 10; dimensão 3 – itens 5, 4; dimensão 4 – itens 3, 2, 17.

Conquanto, tendo em conta que pretendemos comparar os resultados obtidos neste estudo piloto na população portuguesa e compará-los com as validações efetuadas em Espanha e no Brasil, optámos por manter as dimensões originais, até porque estas se assemelham grandemente entre as já existentes e a sua variabilidade não é significativa. Será eventualmente uma questão a ponderar em investigações futuras, que permitam obter mais dados acerca da sua utilização em Portugal.

A fidelidade funda-se na consistência ou exatidão dos resultados do indivíduo. Permite estimar a proporção de variabilidade total dos resultados do teste, que se deve à variabilidade do erro. O grau de consistência foi avaliado através do coeficiente alfa de cronbach total e para cada item de cada dimensão.

Na tabela 1, apresentam-se as medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõem a dimensão "estado mental", assim como a correlação de Pearson e alfa de Cronbach. O MINICHAL revelou boa consistência interna, revelando um bom alfa de Cronbach (α) para o total dos 10 itens da referida dimensão (α=0,799), valor considerado bom por vários autores, nomeadamente, Pestana e Gageiro (2008); Ribeiro (2008) e Streiner e Norman (2008) – tabela 1. Não se constatam valores de α de Cronbach sem o item, superiores ao α global, em nenhum dos itens (tabela 1).

Tabela 1
Estatísticas de confiabilidade da dimensão estado mental

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,799	,818	10

Na tabela 2, podemos verificar que os valores da correlação de Pearson do total da dimensão sem o item com cada um dos itens que compõem a dimensão, varia entre 0,350 e 0,664, valores muito acima dos valores (0,20), considerados significativos para o tamanho da amostra.

Tabela 2
Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão estado mental e a Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Tem dormido mal?	4,876	17,533	,431	,332	,789
2. Tem tido dificuldade em manter relações sociais habituais?	5,505	18,329	,568	,624	,773
3. Tem tido dificuldades em relacionar-se com as pessoas?	5,686	20,256	,350	,504	,795
4. Sente que não exerce um papel útil na vida?	5,571	19,420	,487	,387	,784
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	5,514	18,887	,477	,414	,782
6. Tem-se sentido constantemente agoniado e tenso?	5,314	17,121	,664	,499	,759
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	4,867	16,847	,425	,353	,796
8. Sente-se incapaz de desfrutar das atividades habituais diárias?	5,390	17,798	,641	,512	,765
9. Tem-se sentido esgotado e sem forças?	5,010	18,048	,407	,310	,791
10. Teve a sensação que esteve doente?	5,238	17,510	,483	,377	,781

Na tabela 3, são expostos os valores de consistência interna com base num bom alfa de Cronbach (α) para o total dos 6 itens da dimensão "manifestações somáticas" (α=0,752). No entanto, constataram-se valores de α de Cronbach sem o item, superiores ao α global, num item "percebeu que tem urinado com maior frequência?", no entanto não foi excluído porque é um indicador importante para o constructo e porque a variabilidade não é significativa e todos os itens contribuem para a consistência interna da escala (tabela 4).

Tabela 3
Estatísticas de confiabilidade na dimensão manifestações somáticas

Alfa de *Cronbach*	Alfa de *Cronbach* com base em itens padronizados	N de *itens*
,752	,758	6

Na tabela 4, podemos verificar que os valores da correlação de Pearson do total da dimensão "manifestações somáticas" sem o item com cada um dos itens que compõem a dimensão, varia entre 0,309 e 0,633, valores muito acima dos valores (0,20), considerados significativos para o tamanho da amostra.

Tabela 4
Medidas de tendência central e de dispersão dos itens que compõe a dimensão manifestações somáticas e a Correlação de Pearson e Alfa de Cronbach dos itens com a nota global, sem o item

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de *Cronbach* se o item for excluído
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	3,419	8,534	,556	,441	,698
12. Teve inchaço nos tornozelos?	3,257	9,039	,449	,210	,728
13. Percebeu que tem urinado com maior frequência?	3,248	9,611	,309	,152	,769
14. Tem sentido a boca seca?	3,095	7,952	,633	,458	,673
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	3,695	9,637	,510	,355	,716
16. Tem notado dormência ou formigueiro em alguma parte do corpo?	3,381	9,219	,538	,362	,706

Na tabela 5, são expostos os valores de consistência interna com base num bom alfa de Cronbach (α) para o total das dimensões do MINICHAL (α=0,859).

Tabela 5
Estatísticas de confiabilidade do MINICHAL

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,859	,866	17

Posteriormente, averiguámos a reprodutibilidade com base no coeficiente de bipartição (split-half), o qual divide os itens de uma escala em dois grupos, examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos (Fortin, 2009). De certa forma, este indicador tenta substituir o teste-reteste que não permite controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento ao mesmo grupo de pessoas, tornando-se difícil a comparação de resultados. Tendo em conta que avaliação da perceção de QV, na qual é difícil garantir a estabilidade das respostas do mesmo indivíduo em dois momentos distintos, este indicador permite-nos transpor este condicionante.

O alfa de cronbach para os componentes constituintes da dimensão estado mental (questão 1 a 10) é de 0,781, que segundo Pestana e Gageiro (2008) é boa. A segunda parte, composta pelos itens de 11 a 16, apresenta um alfa de cronbach de 0,770, com uma consistência razoável. A correlação entre ambas as partes é de 0,653 e o coeficiente Spearman Brown revela boa consistência (0,790), assim como o coeficiente Guttman Split-Half com 0,790. Nesta linha de orientação, o MINICHAL apresenta boa homogeneidade.

DISCUSSÃO

Analisados os dados e estudadas as propriedades psicométricas do instrumento, verifica-se que a versão portuguesa apresenta um alfa de Cronbach global similar ao da versão original do MINICHAL. Contextualizando

com os valores de validações da escala anteriores, a análise da consistência interna do MINICHAL Brasil revelou um alfa de 0,88 para o estado mental, e de 0,86 para manifestações somáticas, resultado bastante próximo ao do instrumento original MINICHAL Espanha que obteve para o estado mental alfa de 0,87, e para manifestações somáticas alfa de 0,75 (Schulz et al., 2008).

Ao comparar os resultados deste estudo com outras pesquisas internacionais que utilizaram o MINICHAL para avaliar a QV, a média obtida no estado mental e manifestações somáticas foram similares (Badía et al., 2002; Schultz et al., 2008).

O domínio estado mental avalia as relações sociais da pessoa hipertensa, em síntese, como avalia o seu estado psicológico (Bezerra & Veiga, 2013). A média obtida no estado mental do MINICHAL foi de 5,88, a qual, quando comparada ao resultado encontrado no estudo de Schultz et al. (2008), 5,3, demonstra uma pior QV. Já o estudo realizado por Badía et al. (2002), com média de 6,8, demonstra uma melhor QV no presente estudo.

O domínio manifestações somáticas avalia os aspetos físicos do indivíduo. A média obtida no MINICHAL neste domínio foi de 4,01, a qual, quando comparada ao resultado encontrado no estudo de Schultz et al. (2008), 1,9 e por Badia et al. (2002), com média de 1,9, demonstra uma pior QV.

Apesar de discretas diferenciações de score do MINICHAL, globalmente a sua avaliação é muito similar aos estudos efetuados em Espanha e no Brasil. Não será de estranhar a sua similaridade, uma vez que culturalmente existem diversos denominadores comuns.

CONCLUSÕES

A qualidade de vida é uma conceção subjetiva que sofre influência de inúmeros fatores próprios da existência humana, sendo que a qualidade de vida relacionada com a saúde procura delimitar esses fatores para aqueles mais diretamente ligados à condição física, psíquica e social do indivíduo. Assim, a medida da qualidade de vida em pessoas com hipertensão, a partir do MINICHAL, corresponde a uma tentativa de avaliação dos principais fatores ligados à condição clínica que podem influenciar a sensação de bem-estar, permitindo orientar as intervenções de saúde para aspetos que possam impactar positivamente a qualidade de vida.

O processo de tradução e validação de um instrumento na área da saúde requer um grande esforço. É necessário não somente adaptar o instrumento do ponto de vista concetual e cultural como aproximá-lo da realidade da população alvo. Contudo, a avaliação dos utentes constitui um constructo complexo, relativo e multidimensional. Apesar de se encontrarem na literatura portuguesa outros questionários da avaliação da qualidade de vida, o MINICHAL foi utilizado no presente estudo por se tratar de um instrumento exclusivo de linguagem simples, com tempo de aplicação viável e específico para a população hipertensa. Sugere-se a sua inclusão em desenhos de investigação futuros, de forma a cimentar a evidência científica produzida desta temática.

Tendo em consideração o objetivo de validação e adaptação do MINICHAL para a língua portuguesa, podemos concluir que as suas capacidades psicométricas iniciais comprovam a adequada aplicação, demonstrando que a estrutura fatorial possui índices aceitáveis de fiabilidade e validade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Badía, X., Roca-Cusachs, A., Dalfó, A., Arístegui, I., & Roset, M. (2001). Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. Journal Hypertension, 19(10), 913-1919.

Ballone, G.J. (2007). Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática; os feitos orgânicos causados pelas emoções e vice-versa. [s.n.]: PsiqWeb.

Bezerra, S., Veiga, E. (2013) Quality of

life among people with hypertension served in units of family health strategies. Journal of Nursing UFPE, 7(12), 7055-7063.

Brown, T. (2006). Confirmatory factor analysis for applied research. The Guiford Press: New York. ISBN 978-1-59385-274-0.

Catarino, J. (2010) Qualidade de Vida relacionada com o VIH: Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Filho, D., & Júnior, J. (2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise factorial. Opinião Pública, 16(1), 160-185.

Fortin, M. F. (2009). O processo de investigação. Coimbra: Lusociência.

HAIR, F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. (2009). Análise multivariada de dados (6ª ed.). Bookman: São Paulo. ISBN 0-13-017706-7.

Maroco, J. (2003). Análise Estatística com Utilização do SPSS (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Pedroso, B., Pilatti, L. (2010) Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. Revista Eletrônica FACIT/FACIC, 1(1), 1-9.

Pereira, J. (2001). Análise de dados quantitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP. ISBN 0300-5556.

Pèrez, M., Léon, A., Torres, R., Coello, S., Sanchéz, J., Dìaz, B., Hernandez, A., & Gonzalez, D. (2012) Factors Associated With Knowledge and Control of Arterial Hypertension in the Canary Islands. Rev Esp Cardiol, 65(3), 234–240.

Pestana, M., & Gageiro, J. N. (2008). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Qian, Y., Zhang, J., Lin, Y., Dong, M., Xu, M., Qian, Y., Wu, L., Shi, P., Xu, Y., & Shen, H. (2009) - A tailored target intervention on influence factors of quality of life in Chinese patients with hypertension. Clinical and experimental hypertension, 31(1), 71-82.

Ribeiro, J. (2008). Metodologia de investigação em psicologia e saúde (2ª ed.). Porto: Livpsic.

Schulz, R., Rossignoli, P., Correr, C., Fernández-Llimós, F., & Toni, P. (2008). Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL) para o Português (Brasil). Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 90(2), 139-144.

Souza, R., Carvalho, M. (2003) Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. Estud.psicol, 8(3), 21-25.

Streiner, D., & Norman, G.R. (2008). Health and Measurement Scales: A practical guide for their development and use (4th ed.) Oxford: Oxford University Press.

Trevisol, D., Moreira, B., Fuchs, F., & Fuchs, S. (2012) Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study. Journal of Human Hypertension, 26(1), 374-380

World Health Organization (2002). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization.

RESILIÊNCIA EM ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1 UMA REVISÃO DA LITERATURA

M. Amaral Bastos[1]; Beatriz Araújo[2]

Resumo

A construção da identidade e da autonomia parental são próprias da adolescência. Aos adolescentes diabéticos, acresce a gestão da patologia. A resiliência parece constituir-se como fator significativo na gestão das adversidades. Objetivos: (i) identificar estudos sobre resiliência desenvolvidos com adolescentes diabéticos; (ii) descrever os principais resultados da investigação efetuada.

Selecionamos 9 estudos dos quais emergiram 3 categorias: (i) variáveis relacionadas com a resiliência; (ii) impacto do conhecimento no controlo glicémico; (iii) possíveis intervenções a propor. Entre as variáveis estudadas destacam-se angústia, depressão, problemas psicossociais, estratégias de coping, qualidade de vida, afeto positivo, resiliência, conhecimento sobre diabetes, comportamentos de autocuidado e controlo glicémico. Testaram-se 3 intervenções consideradas promotoras de resiliência. As amostras foram maioritariamente intencionais (8), os estudos transversais (6), todos quantitativos, embora um inclua análise qualitativa. Utilizadas 33 escalas na recolha de dados.

Embora os estudos analisados não permitam generalizações e requeiram prudência na interpretação, verificaram-se diferenças relacionadas com raças e etnias; o conhecimento sobre diabetes não se correlacionou com controlo glicémico; ansiedade e depressão surgiram como fatores de risco enquanto que afeto positivo, apoio escolar, estratégias de coping mais adaptativas, comportamentos de autocuidado e resiliência parecem favorecer uma melhor gestão da diabetes traduzida num melhor controlo glicémico.

Palavras Chave: Adolescente; Diabetes Mellitus tipo 1; Pesquisa em Enfermagem Clínica; Resiliência Psicológica.

Abstract

RESILIENCE IN ADOLESCENT WITH TYPE 1 DIABETES: A LITERATURE REVIEW

Besides identity building and parental autonomy, which are characteristics of adolescence, diabetic adolescents must also manage their illness. The resilience seems to constitute a significant factor in the management of adversity. Objectives: to identify studies on resilience concerning adolescents with type 1 diabetes and describe the main research results.

Results: we selected 9 studies, summarized into 3 categories: (i) variables related to resilience; (ii) impact of the glycemic control knowledge and (iii) possible interventions. Of the studied variables the following are relevant: anguish, depression, psychosocial problems, coping strategies, quality of life, positive affect, resilience, knowledge about diabetes, selfcare behaviors and glycemic control. Three interventions considered resilience-promoting were tested. Samples were mostly intentional (8), transverse studies (6), all quantitative, one include also qualitative analysis. Data collection comprised 33 scales.

Conclusions: Although the analysed studies do not allow for generalizations and must be interpreted with limitations differences were found regarding specific race and ethnic groups; knowledge about diabetes does not correlate with glycemic control; anxiety and depression appear as risk factors, while positive affect, school support, more adaptive coping strategies, selfcare behaviors and resilience seem to insure a better management of diabetes, expressed by a better glycemic control.

Keywords: Adolescent; Type 1 Diabetes; Clinical Nursing Research; Resilience, Psychological

Resumen

RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

La construcción de la identidad y de la autonomía de los padres son propias de la adolescencia. A los adolescentes con diabetes, añade también la gestión de la patología. La resiliencia parece constituir un factor importante en la gestión de las adversidades, también en el área de la salud. Objetivos: (i) identificar estudios en resiliencia desarrollados con adolescentes diabéticos; (ii) describir los resultados principales de la investigación realizada.

Seleccionamos 9 estudios donde surgieron 3 categorías: (i) variables relacionadas con la resiliencia; (ii) impacto del conocimiento en el control glucémico; (iii) posibles intervenciones a proponer. Entre las variables estudiadas se destacan angustia, depresión, problemas psicosociales, estrategias de enfrentamiento, calidad de vida, afecto positivo, resiliencia, conocimiento sobre diabetes, comportamientos de autocuidado y el control glucémico. Se han testado 3 intervenciones consideradas promotoras de resiliencia. Las muestras eran en su mayoría intencionales (8), los estudios transversales (6), todos cuantitativos, aunque uno incluya análisis cualitativo. Utilizadas 33 encuestas en la recolección de datos.

Aunque los estudios analizados no permitan generalizaciones y se requiere precaución en la interpretación, se verificaron diferencias relacionadas con la raza y etnias, el conocimiento sobre diabetes no se ha correlacionado con el control glucémico; ansiedad y depresión surgieran como factores de riesgo mientras que el afecto positivo, apoyo escolar, estrategias de enfrentamiento más adaptativas, comportamientos de autocuidado y resiliencia parecen favorecer una mejor gestión de la diabetes traducida en mejor control glucémico.

Palabras Clave: Adolescente, Diabetes Mellitus Tipo 1; Investigación en Enfermería Clínica; Resiliencia Psicológica

Rececionado em abril 2018. Aceite em junho 2018

[1] Departamento da Infância e da Adolescência, Centro Materno Infantil do Norte/Centro Hospitalar do Porto (CMIN/CHP), Porto, Portugal (email: mariamanuelaamaral@gmail.com)
Doutoranda em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), Porto, Portugal.
Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde.
[2] Professora Convidada, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), Porto, Portugal
Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

INTRODUÇÃO

A adolescência foi considerada na literatura como uma idade de crise, mas atualmente é preferido o conceito de desequilíbrio, em consequência das transições ecológicas devidas às várias tarefas próprias da idade que possibilitam o desenvolvimento e a construção da identidade[1].

As experiências de vida importantes, podem ser específicas da idade, provocadas normativamente pela sociedade ou independentes da idade, através da própria pessoa, de mudanças temporais e históricas ou condicionadas pelo destino. Estas experiências de vida importantes podem ser entendidas como tarefas ou como oportunidades para o desenvolvimento[1].

As tarefas de desenvolvimento provêm de normas sociais específicas de uma cultura e de uma época, ou ainda de valores individuais e são dominantes numa determinada fase da vida. Algumas tarefas normativas da adolescência na nossa sociedade podem ser: (i) construção de um círculo de amigos com relações mais profundas; (ii) aceitação de manifestações novas do próprio corpo; (iii) apropriação de comportamentos que se esperam de um homem e de uma mulher; (iv) desvincular-se da casa paterna; (v) desenvolvimento de uma perspetiva de futuro[1].

Contrariamente às tarefas para o desenvolvimento que são normativas, as ocasiões para o desenvolvimento são acontecimentos importantes, não se relacionam com a idade e constituem um desafio que pode ser relevante para o desenvolvimento. Alguns exemplos poderão ser o casamento, o desemprego, uma gravidez indesejada, a perda de uma pessoa significativa[1], uma doença.

A construção da identidade pessoal resulta da forma como a pessoa vivencia as *experiências de vida importantes*, sejam elas tarefas ou oportunidades de desenvolvimento. Os adolescentes com diabetes, além das tarefas e oportunidades próprias da idade, têm uma situação de doença crónica para gerir, que requer um equilíbrio exigente da tríade alimentação, exercício físico e terapêutica farmacológica dentro de um processo de auto monitorização e de autonomia parental crescente.

A resiliência, considerada a arte de navegar nas torrentes[2], parece ser uma mais-valia no enfrentar e gerir adversidades, nomeadamente na área da saúde[2-9]. Os primeiros estudos sobre resiliência na saúde foram publicados no início dos anos 80 tendo sido desenvolvidos em países Anglo-saxónicos, Norte Americanos e da América Latina. As bases teóricas e os procedimentos metodológicos devem-se, na opinião de Anaut[10] a Rutter e Garmezy, em especial com o livro *Stress Coping and Development in Children* publicado em 1983. A literatura apresenta-nos uma multiplicidade de definições, parecendo por vezes contraditórias[10-12]. Contudo, é possível descobrir um conceito em evolução, complexificando-se na medida em que vai integrando os resultados provenientes da investigação[4,13,14].

O conceito de resiliência emergiu numa encruzilhada epistemológica, integrando contributos das teorias psicanalíticas, comportamentais e desenvolvimentais[10]. O desenvolvimento do conceito foi progressivo sendo identificadas na literatura várias ondas ou níveis de pesquisa[11, 15-17]. Apresentamos uma classificação em 4 níveis: (i) identificação de fatores de risco e proteção; (ii) processo dinâmico; (iii) promoção da resiliência; (iv) bases biológicas da resiliência.

No primeiro nível começaram por ser estudadas crianças em situações de risco (pobreza, violência, doença mental dos pais, …) na tentativa de perceber o que distingue as crianças que se adaptam positivamente apesar da adversidade, sendo identificados fatores de risco e proteção[10,11,17]. A resiliência é considerada uma classe de fenómenos[14], uma capacidade[18]. Com o evoluir da investigação, amplia-se o foco de pesquisa, passando dos atributos pessoais para fatores externos à pessoa nomeadamente a família e o ambiente social[11]. Por sua vez, no segundo

nível de pesquisa, os investigadores procuram descobrir a relação entre os diversos fatores, sendo a resiliência entendida como processo dinâmico[13,19,20] ou, como refere Cyrulnik (2001, pag 225)[2], "…um conjunto de fenómenos harmonizados em que o sujeito penetra dentro de um contexto afetivo, social e cultural". Neste nível, o foco de pesquisa, além das características pessoais considera também fatores externos à pessoa (família nuclear e alargada, escola, comunidade, presença de um adulto próximo…). Em consequência torna-se necessário promover a resiliência através da prevenção, da intervenção e das políticas governamentais, antes mesmo da elucidação completa do conceito[17] pelo que são desenvolvidos e testados modelos promotores de resiliência a implementar em forma de programas sociais[11,17,21,22], sendo todo este trabalho reconhecido como o terceiro nível de pesquisa[16,17]. A conferência sobre *Resiliência em Crianças*, realizada em 2006, reconhece a investigação sobre as bases biológicas da resiliência como o quarto nível de pesquisa [13,16,23]. A resiliência ou adaptação bem sucedida às adversidades, é agora considerada uma propriedade complexa dos sistemas biológicos que resulta de diferentes níveis de organização dos seres vivos, desde o nível molecular e celular até ao nível social e de adaptação ambiental[24].

Os investigadores da resiliência são desafiados a elaborar projetos de investigação multidisciplinares (neurociência, genética molecular, desenvolvimento comportamental, …), que incluam diversos níveis (biológico, psicossocial, ambiente contextual em diversas fases do desenvolvimento, …), privilegiando a relação entre eles, a fim de conseguir um retrato mais abrangente do fenómeno da resiliência e o desenvolvimento de intervenções que promovam um funcionamento resiliente[13,17].

OBJETIVOS

Com esta revisão de literatura pretende-se: (i) identificar estudos sobre resiliência desenvolvidos com adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1); (ii) analisar os artigos relativamente às caraterísticas principais (ano de publicação, revista, idioma, país, amostra, paradigma em que o estudo foi desenvolvido, tipo de seguimento e instrumentos de medida utilizados); (iii) identificar os objetivos definidos em cada estudo, (iv) descrever os principais resultados da investigação e recomendações para o futuro.

MATERIAL E MÉTODOS

Efetuamos a pesquisa em julho de 2016 nas bases de dados da BVS, SciELO, PubMed, EBSCOhost, Medline, Springer, Science Direct com recurso às equações Resiliência AND Adolescentes AND Diabetes e Resiliência AND A1c (hemoglobina glicada), em português e inglês, no título e resumo, sem qualquer horizonte temporal.

Os critérios de inclusão definidos são: (i) estudos primários desenvolvidos com adolescentes diabéticos e (ii) disponíveis em texto integral em português, espanhol ou inglês. Como critérios de exclusão definiram-se: (i) artigos que versem exclusivamente a perspetiva dos pais, profissionais de saúde ou instituições.

A pesquisa devolveu 68 artigos, removemos os duplicados (39) e procedemos à leitura de títulos e resumos. Selecionamos 12 estudos que foram lidos na íntegra, tendo sido excluídos dois por apresentarem apenas as propostas para a investigação e um por se focar na perspetiva dos cuidadores. Assim, o *corpus* desta revisão é constituído por nove estudos dos quais foram efetuadas fichas de leitura que facilitaram o processo de análise. Apresentamos na figura 1 o fluxograma de decisão na seleção dos estudos.

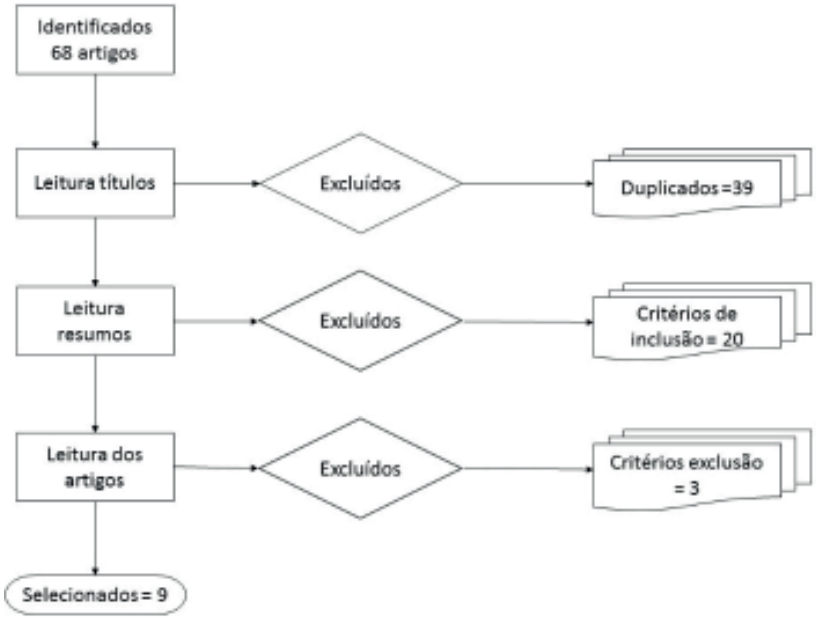


Figura 1 - Fluxograma de decisão na seleção de estudos

DESENVOLVIMENTO

Os primeiros estudos foram publicados em 2010 (2) e o último em 2016, sendo que 2015 foi o ano de maior produtividade (4). O idioma das publicações é o inglês e as revistas selecionadas são de endocrinologia (3 estudos), de psicologia (3 estudos) e de pediatria (3 estudos), sendo uma de enfermagem. Relativamente ao país, seis estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA), um no Brasil, um na Noruega e um na Republica Popular da China (RPC) pelo que, os participantes envolvidos nos diferentes estudos pertencem a diversos contextos culturais e diferentes raças/etnias (focadas a raça branca, negra, hispânicos e não hispânicos e, embora o estudo efetuado na RPC não especifique, supomos que os participantes seriam nativos). Apresentamos no quadro 1 as características principais dos estudos selecionados.

Relativamente ao desenho dos estudos constatamos que se situam no paradigma quantitativo, embora um dos estudos inclua também uma vertente qualitativa. Quanto ao período de seguimento, a maioria (6) são transversais. No que se refere às amostras, verificamos que apenas uma foi aleatória, sendo as outras intencionais, incluindo entre 12 e 238 participantes. Estes são essencialmente adolescentes com idades que variam entre os 10 e os 22 anos, maioritariamente do sexo feminino, envolvendo um total de 659 participantes com DM 1. Nos diversos estudos foi utilizada uma multiplicidade de instrumentos de medida como é possível confirmar no quadro 2.

Quadro 1 – Principais características dos artigos selecionados

	Autores	Título	Localização	Amostra	Desenho estudo
1	R. P. Winsett et al EUA	Adolescent self-efficacy and resilience in participants attending a diabetes camp	2010 Pediatric Nursing	Intencional 81 adol; 10 - 16 anos 61.7% raparigas M=13.4; DP=1.7 caucasianos afroamericanos e outras raças	Quantitativo Descritivo, Comparativo Transversal
2	S. S. Jaser; L. E. White EUA	Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes	2010 Child: care, health and development	Intencional 30 adol; 10 - 16 anos + mães; 52% raparigas, M=12.6 ; DP 1.6 raça branca, negra e hispânica	Quantitativo Transversal
3	F. R. M. Santos et al Brasil	The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes	2013 Diabetology & Metabolic Syndrome	Aleatória 85 adol; 11 - 22 anos M=17.7 DP=3.72, 53% sexo feminino	Quantitativo Transversal
4	B. Sivertsen, et al Noruega	Mental health in adolescents with Type 1 diabetes: results from a large population-based study	2014 Endocrine Disorders	Intencional 9883 adol; 16-19 anos 40 tinham diabetes 50%raparigas	Quantitativo Transversal
5	A. F. Walker et al EUA	Using Photography as a Method to Explore Adolescent Challenges and Resilience in Type 1 Diabetes	2015 Spectrum Diabetes Journal	Intencional 40 adol; 12-19 anos M = 15; 50% raparigas	Misto Exploratório Transversal
6	J. P. Yi-Frazier et al EUA	The association of personal resilience with stress, coping, and diabetes outcomes in adolescents with type 1 diabetes: Variable- and person-focused approaches	2015 Journal of Health Psychology	Intencional 50 adol; 13 - 18 anos M=15.6, DP=1.66; 52% sexo feminino raça branca 94%	Quantitativo Transversal
7	J. H. Lord at al EUA	Staying Positive: Positive Affect as a Predictor of Resilience in Adolescents With Type 1 Diabetes	2015 Journal of Pediatric Psychology	Intencional 81 adol e família 10-16 anos M=12.6; DP=2.1 Hispânicos e não hispânicos	Quantitativo Observacional Prospetivo Longitudinal
8	A. R. Rosenberg et al EUA	Promoting Resilience in Stress Management: A Pilot Study of a Novel Resilience-Promoting Intervention for Adolescents and Young Adults With Serious Illness	2015 Journal of Pediatric Psychology	Intencional 12 adol com DM1 67% raparigas M=15.1; DP=1.3 9 adol com cancro M=16.2; DP=2.8 58% raparigas Caucasianos não hispânicos	Quantitativo Observacional Prospetivo Longitudinal
9	F. S. Lo et al RPC	Factors affecting health adaptation of Chinese adolescents with type 1 diabetes: a path model testing	2016 Journal of Child Health Care	Intencional 238 adol, 13-18 anos M=15.7; DP=1.53; 54.6% sexo feminino	Quantitativo Prospetivo Longitudinal

Legenda: EUA-Estados Unidos da América; RPC-Republica popular da China; M=Média; DP-Desvio Padrão; adol - adolescescentes

Quadro 2 – Instrumentos de medida utilizados nos estudos selecionados

Estudo	Escala	Autores
1	1. The Self-Efficacy for Diabetes Scale 1. Resilience Scale (RS)	1. Grossman, Brink, & Hauser, 1987 2. Wagnild & Young, 1993
2	1. Response to Stress Questionnaire (RSQ) 2. Child Behavior Checklist (CBC - preenchido pelas mães) 3. Youth Self Report (YSR) 4. Pediatric Quality of Life questionnaire (PedsQL)	1. Connor-Smith et al. 2000 2. Achenbach & Rescorla 2001 3. Achenbach & Rescorla 2001 4. Varni et al. 1999
3	1. The Resilience Scale (RS) 2. Depressive symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 3. The Diabetes Knowledge Scale (DKN-A), developed by	1. Wagnild and Young, 1993 2. Zigmond and Snaith, 1983 3. Beeney in 2000,
4	1. CRAFFT Questionnaire 2. Short Mood and Feelings Questionnaire (SMQF) 3. Screen for 4. Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED, versão curta 5. Adult Self-report Scale (ASRS), versão adolescentes; 6. Comportamento obsessive-compulsive behaviour (como descrito por Thompson) 7. The Resilience Scale for Adolescents (READ) 8. Eating Disturbance Scale (EDS) 9. Eating Disorder Inventory (EDI) 10. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	Não são referidos
6	1. Resilience factor – (i) Life Orientation Test (LOT), (ii) The Rosenberg Self-Esteem Scale; (iii) The Self-efficacy for Diabetes (SED) 2. Brief Coping Checklist (Kidcope) 3. Problem Areas in Diabetes Scale (PAID) 4. Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 5. The Diabetes Self-Management Profile (DSMP)	1. (i) Scheier and Carver, 1987; (ii) Rosenberg, 1979; (iii) Grossman et al., 1987 2. Spirito et al., 1988 3. Welch et al., 1997 4. Varni et al., 1999, 2001 5. Harris et al.,2000
7	1. The Responses to Stress Questionnaire 2. Self-Reported Positive Affect - Positive subscale of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) 3. Iowa Family Interaction Rating Scales (IFIRS) 4. Child Behavior Checklist (CBCL;) – preenchido pelas mães 5. Module of the Pediatric Quality of Life (PedsQL)	1. Connor-Smith et al., 2000 2. Watson et al., 1988 3. Não refere 4. Achenbach & Rescorla, 2001 5. Varni et al., 2003
8	1. The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	1. Campbell-Sills & Stein, 2007; Connor & Davidson, 2003)
9	1. Self-Care Behaviors – versão chinesa 2. Adolescent Resilience Scale - versão chinesa 3. School Support Scale (SSS) 4. Qualidade de Vida (C-DQOLY-SF); versão chinesa abreviada	1. Lo, et al, 2016 2. Chen, 2007 3. Lo, et al, 2016 4. Wang et al., 2011

Da observação do quadro 2 podemos constatar a utilização de 33 instrumentos de medida nos diferentes estudos, (M=3.7) variando entre 1 e 10. A escala Pediatric Quality of Life (PedsQL) foi utilizada em três estudos e a Resilience Scale (RS) em dois. Os outros instrumentos de medida foram utilizados apenas num estudo. A versão chinesa da escala Self-Care Behaviors e a escala School Support Scale foram desenvolvidas para o estudo apresentado.

Da análise das temáticas em foco nos diversos estudos emergiram 3 categorias: variáveis relacionadas com a resiliência (estudos 2,4,6,7), o impacto do conhecimento no controlo glicémico (estudos 3 e 5) e o estudo de possíveis intervenções a propor (estudos 1,8,9). Passamos agora a apresentar os objetivos e resultados agrupados por categorias.

Variáveis relacionadas com a resiliência

Jaser et al[25], estabelecem como objetivo examinar a associação entre o uso de estratégias de *coping* específicas e indicadores de resiliência e concluem que os participantes no estudo utilizam mais estratégias de *coping* secundário (20-36% das suas respostas ao stress); estratégias primárias (13-28%); seguidos pelas estratégias de fuga e evitamento (11-25%). Os níveis mais elevados de stress relacionado com a diabetes, associam-se ao uso de estratégias de enfrentamento primárias e secundárias, estando estas associadas a scores elevados de competência, melhor qualidade de vida e melhor controlo metabólico. Por sua vez, as estratégias de evitamento relacionam-se com menor competência social e pior controlo metabólico.

Sivertsen et al[26] pretendem comparar os sintomas de problemas de saúde mental, sono e distúrbios alimentares em adolescentes com e sem diabetes, numa amostra populacional norueguesa. Os autores concluem que várias medidas utilizadas para medir a saúde mental não apresentam evidência de aumento de psicopatologia. A diabetes tipo 1 não parece estar associada ao risco de aumento de problemas psicossociais (saúde mental, problemas de sono, distúrbios alimentares, comportamentos de saúde) e, apontam a elevada taxa de utilização de bombas de insulina na noruega como uma das possíveis causas da não existência de problemas da área da saúde mental.

Yi-Frazier et al[27] definiram como objetivo explorar o impacto da resiliência pessoal em adolescentes com diabetes tipo 1. Para tal, estabeleceram como hipótese de investigação que um score de resiliência mais elevado se associa com: (i) menor angústia relacionada com a diabetes, (ii) melhores resultados de controlo da diabetes, incluindo autocuidado, qualidade de vida, controlo glicémico; (iii) aumento da utilização de estratégias de *coping* mais adaptativas. Na amostra em estudo, os resultados salientam que: (i) a angústia relacionada com diabetes correlaciona-se negativamente com a resiliência; (ii) a scores baixos de resiliência associam-se a scores elevados de angústia, pior qualidade de vida e pior controlo glicémico; (iii) adolescentes com score de resiliência baixo usam estratégias de *coping* pouco adaptativas e têm maior risco de maus resultados, (iv) a resiliência é mais elevada em adolescentes com diagnóstico há mais anos; e, ainda (v) melhor equilíbrio adaptativo para os adolescentes com score elevado de resiliência do que para os que apresentavam score moderado ou baixo. Os resultados sugerem que a resiliência é promissora para intervenções destinadas a reduzir o stress e a melhorar os resultados dos adolescentes com diabetes.

Lord et al[28], decidiram analisar o afeto positivo como um processo de prevenção que prediz a resiliência ao longo do tempo em adolescentes com DM1 e analisar as associações do afeto positivo, controlo glicémico, qualidade de vida (QV) e sintomas psicológicos. Os investigadores não encontram diferenças com significância estatística entre as variáveis demográficas e as variáveis da diabetes com o humor positivo e a escala de

afeto positivo ou negativo. Já o controlo da glicemia relacionado com raça/etnia apresenta diferenças com significância estatística, com os não caucasianos a apresentarem valores mais elevados de A1c. Trata-se de um estudo longitudinal desenvolvido em dois momentos. Assim, no momento 1, os adolescentes com diagnóstico há mais tempo apresentavam menor QV; controlo glicémico não associado com a internalização ou externalização de problemas e níveis mais elevados de afeto positivo foram associados com níveis mais baixos de internalização e externalização. No momento 2, menor QV está associada com idade superior e tempo de doença; a raça/etnia relacionadas com externalização de problemas, indicando que os não brancos externalizam mais; níveis mais elevados de afeto positivo foram associados com melhor controlo glicémico e menor internalização e externalização de problemas e melhor QV.

O conhecimento e o controlo glicémico

Nesta categoria inserimos dois estudos com perspetivas diferentes. Um procura conhecer melhor as vivências dos adolescentes com DM1 a partir das suas fotografias e relatos e outro analisa o impacto do conhecimento do adolescente sobre a diabetes no controlo glicémico.

Walker et al[29] sentiram necessidade de compreender melhor as perspetivas dos jovens com DM1 de acordo com as variáveis demográficas. Para tal, desenvolveram uma investigação a partir de fotos tiradas por adolescentes com DM1 que traduzissem a sua vivência da diabetes. Os adolescentes foram entrevistados e as suas narrativas das fotos submetidas a análise de conteúdo (Grunded theory) da qual emergiram 2 categorias principais: Desafio e Resiliência (presentes em pelo menos 50% dos participantes). A categoria Desafio apresentava 3 subcategorias: suprimentos para tratamento da diabetes, alimentos como fonte de frustração, corpo como território invadido pela doença. Por sua vez, a categoria Resiliência subdividia-se em mecanismos de enfrentamento e símbolos de resistência. Os autores concluíram que as representações encontradas foram consistentes com as categorias demográficas com 2 exceções: os rapazes têm mais representações de alimentos que as raparigas e menos representações de enfrentamento; jovens de famílias mais ricas parecem ser mais propensos a tirar fotos de resistência.

Santos et al[30] avaliaram a relação entre o controlo glicémico e fatores de conhecimento sobre diabetes, resiliência, depressão e ansiedade entre adolescentes e jovens brasileiros com DM1. Tiveram, ainda, como objetivo verificar o efeito de cada variável no controlo da glicemia através duma análise de regressão linear. Concluíram que a depressão se correlaciona positivamente com A1c, e com a ansiedade; a resiliência se correlaciona negativamente com A1c e com a ansiedade; o conhecimento sobre a diabetes não se correlaciona com A1c nem com as outras variáveis em estudo e, no modelo de regressão linear a depressão é preditora de A1c elevada.

Possíveis intervenções a propor

Winsett et al[31], na tentativa de identificar efeitos de um acampamento organizado para adolescentes com diabetes, mediram a autoeficácia e a resiliência de adolescentes que participaram em acampamentos de verão. Concluíram não existirem diferenças significativas entre género, modo de administração da insulina, autoeficácia e resiliência. Os adolescentes de raça caucasiana apresentam scores de resiliência e de autoeficácia relativamente à diabetes significativamente mais baixos que os afroamericanos. Adolescentes caucasianos apresentam A1c significativamente melhor, bem como adolescentes com infusão contínua de insulina, mas estes sem significância estatística. Os adolescentes que vivem apenas com um dos progenitores pontuam mais na resiliência e na A1c, tendo estas diferenças significado estatístico. Os autores constataram também um aumento significativo da A1c relacionado com o avanço da idade, atribuindo este resultado ao processo de conquista de

autonomia por parte dos adolescentes. Não foram encontradas diferenças com significância estatística para o número de participações em acampamentos. Contudo, as autoras consideram os acampamentos importantes como meio de ensino/aprendizagem, uma vez que o acesso a consultas de endocrinologia pediátrica é limitado no contexto em estudo, sendo sugeridos acampamentos mais frequentes distribuídos ao longo do ano.

Rosenberg et al[32], na investigação realizada, definiram como objetivo testar uma intervenção prática para reforçar a resiliência no contexto de doença crónica a fim de melhorar os resultados psicossociais a longo prazo. Para tal, desenharam uma intervenção passível de ser ministrada em 2 módulos longos ou 4 curtos, tendo como pilares: lidar com o stress (gestão do stress/*coping*; definir metas específicas); construção da resiliência (reflexão, reestruturação cognitiva; descoberta de benefícios); follow-up (reflexão, celebração e recursos). Neste estudo com adolescentes com cancro e adolescentes com DM1 não foram encontradas diferenças significativas entre os 2 grupos. Os pais dos adolescentes de ambos os grupos manifestaram satisfação com a intervenção mas, adolescentes com cancro tendem a preferir a realização da intervenção sem os pais, enquanto os adolescentes com DM1 parecem apreciar a presença dos pais. Não foram encontradas diferenças significativas no score de resiliência de ambos os grupos nos 2 tempos de aplicação da escala.

Lo et al[33], com base na literatura existente adaptaram e testaram um modelo de intervenção que considera as caraterísticas individuais e escolares (sociodemográficas, relativas à diabetes e suporte escolar), as respostas individuais (comportamentos de autocuidado e resiliência) e a adaptação saudável (A1c e qualidade de vida). Os resultados do estudo mostraram que os comportamentos de autocuidado e a resiliência são os principais fatores que podem influenciar simultaneamente A1c e qualidade de vida. A análise correlacional demonstrou que: (i) a idade se correlaciona negativamente com suporte escolar, comportamentos de autocuidado e qualidade de vida; (ii) o suporte escolar correlaciona-se negativamente com idade e positivamente com resiliência, comportamentos de autocuidado e qualidade de vida; (iii) a resiliência correlaciona-se positivamente com suporte escolar, comportamentos de autocuidado e qualidade de vida e negativamente com A1c; (iv) os comportamentos de autocuidado correlacionam-se positivamente com resiliência, suporte escolar, qualidade de vida e negativamente com A1c; (v) por sua vez, a A1c correlaciona-se negativamente com qualidade de vida, comportamentos de autocuidado e resiliência.

Sugestões para futuro

Nos estudos analisados encontramos sugestões direcionadas para a prática clínica e para a investigação.

As sugestões direcionadas para a prática clínica referem que: (i) as pessoas que trabalham com adolescentes devem questioná-los sobre as suas fontes de afetos positivos e verbalizar mensagens de estímulo positivo[28]; (ii) ensinar aos adolescentes as estratégias de enfrentamento mais benéficas para melhorar os resultados em saúde, competência e qualidade de vida[25]; (iii) promover a melhoria de comportamentos de autocuidado e a resiliência podem ser intervenções adequadas para melhorar a adaptação saudável dos adolescentes com DM1[33]; (iv) depressão, ansiedade e resiliência devem ser consideradas no desenho de uma abordagem multidisciplinar para DM1[30].

Por sua vez, as sugestões direcionadas para a investigação apontam a necessidade de: (i) estudos experimentais, longitudinais, com amostras mais abrangentes[25, 33], com representatividade étnica e racial[29, 32]; (ii) recorrer a novas metodologias em idade pediátrica a fim de conhecer melhor a criança ou adolescente, adequar os cuidados a prestar e identificar novas áreas de pesquisa[29]; (iii) adaptar e direcionar intervenções para outras

populações pediátricas com outras doenças crónicas como fibrose quística, doença renal crónica, doença reumatológica, obesidade, traumatismo cerebral, lesão da espinal medula[32]; (iv) adequar a intervenção à situação clínica dos adolescentes e testá-la com maior número de participantes[32]; (v) para manter o efeito das competências ao longo da vida, pode ser benéfico prolongar a intervenção por mais tempo[32]; (vi) replicar estes achados noutras amostras para perceber como o afeto positivo se relaciona com a adesão[28]; (vii) recorrer a grupo de controlo para poder comparar resultados em adolescentes com e sem participação em acampamentos para diabéticos[31].

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A pesquisa devolveu 68 estudos, tendo sido selecionados 9, maioritariamente desenvolvidos nos EUA, publicados em inglês, em revistas de endocrinologia, psicologia e pediatria, entre 2010 e 2016. Os estudos inserem-se no paradigma quantitativo, com seguimento, na sua maioria, transversal e amostras intencionais constituídas por um total de 659 adolescentes com DM1, entre os 10 e os 22 anos, predominantemente do sexo feminino. A inclusão de participantes com idades tão díspares (10 e 22 anos) numa fase de tantas mudanças como a adolescência, bem como o recurso a amostras pequenas e intencionais, torna difícil senão mesmo impossível, qualquer generalização de resultados pelo que se sugere, em futuras investigações, uma mais acurada definição dos critérios de inclusão.

Para a recolha de dados foram utilizados 33 instrumentos de medida, sendo que apenas 2 foram usados em mais que um estudo. Esta é uma realidade que temos vindo a constatar e entendemos que a aprendizagem na construção de instrumentos de medida é importante, contudo, os diversos instrumentos precisam ser validados em contextos e culturas diferentes de forma a confirmarmos as suas caraterísticas psicométricas. Utilizar um instrumento já disponibilizado valoriza o trabalho do autor, parte de conhecimento já existente, permite comparar resultados e consolidar o conhecimento.

O estudo desenvolvido por Yi-Frazier *et al*[27] concluiu que adolescentes com DM1, com scores baixos de resiliência, optam por estratégias de coping menos adaptativas, experimentam maior angústia, pior qualidade de vida e pior controlo glicémico, o que se encontra em consonância com o estudo desenvolvido por Jaser[25], ao concluir que a opção por estratégias de coping primárias e secundárias, em detrimento das estratégias de evitamento, favorecem melhor controlo metabólico dos adolescentes com DM1.

Lord *et al*[28] demonstraram que o afeto positivo se associa com melhor controlo glicémico, menor internalização e externalização de problemas e melhor QV. Também as conclusões do estudo desenvolvido por Santos *et al*[30] apontam no mesmo sentido ao concluir que a scores elevados de resiliência correspondem scores baixos de ansiedade e de A1c. E, a scores elevados de depressão correspondem scores elevados de ansiedade e A1c, sendo a depressão preditora do mau controlo glicémico. Igualmente Lo *et al*[33] mostraram que a resiliência e os comportamentos de autocuidado favorecem um melhor controlo glicémico.

Sivertsen[26] ao estudar uma amostra de adolescentes noruegueses conclui não haver aumento de psicopatologia nos adolescentes com DM 1, apontando como causa provável a grande utilização de bombas infusoras de insulina. A terapia por perfusão contínua de insulina por via subcutânea é mais próxima da fisiologia humana e possui elevada segurança[34]. Mas, que contributos trará? Um estudo recentemente publicado entre nós mostra um bom controlo da A1c (7.6%) no último ano, com uma redução de 0.1-0.3% relativamente ao método de tratamento anterior.

Não houve contudo uma melhoria acentuada em relação ao método de tratamento anterior

(redução de 0.1-0.3%). Este facto talvez possa estar relacionado com os critérios de inclusão para atribuição de bomba infusora - a motivação e o cumprimento terapêutico[34]. Vários estudos publicados entre nós apresentam valores de A1c superiores ao recomendado pela ADA, nomeadamente: (i) um pequeno estudo, publicado em 2013, desenvolvido com um grupo de 30 adolescentes (12-19 anos) seguidos em consulta num hospital da beira interior mostra que 80% dos adolescentes apresentam valores de A1c superiores a 7.5%[35]; (ii) o mesmo mostra um estudo com 40 adolescentes (9-17 anos), publicado em 2013, desenvolvido num hospital nortenho que encontrou valores médios de A1c de 8.9% (DP=1.63)[36]; (iii) outro estudo desenvolvido por Serrabulho et al[37], publicado em 2015 parece apontar no mesmo sentido, pois mostra que a média de A1c num grupo de 91 adolescentes (11-16 anos) é de 9.9% (DP=1.6) e em 278 jovens adultos embora diminua ligeiramente, é de 8.7% (DP=1.6). O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) encoraja a utilização de bombas perfusoras de insulina em idade pediátrica, em situações de hipoglicemia incapacitante ou quando não se atingem os objetivos apesar do elevado nível de cuidados, devendo ser colocadas por equipas especializadas e após treino do adolescente e/ou dos cuidadores[38]. Em Portugal[39] do orçamento para a diabetes, a fatia mais pequena (apenas 1.3 milhões de euros) é a que se destina às bombas infusoras e respetivos consumíveis, pelo que muitos diabéticos continuarão à espera. Apesar de todas as questões envolvidas na atribuição deste equipamento, não seria mais vantajoso aumentar a dotação orçamental para disponibilizar mais bombas infusoras a fim de diminuir os custos no futuro?

Através de fotografias e dos seus relatos, Walker *et al*[29] comprovaram que os rapazes e as raparigas "olham" de forma diferente a diabetes bem como os adolescentes provenientes de famílias mais abastadas. Lord *et al*[28] também constataram diferenças mas relacionadas com a raça/etnia, com os não caucasianos a pontuarem mais na externalização de problemas e nos níveis de A1c. Resultados similares foram obtidos por Winsett et al[31], pois verificaram que os adolescentes caucasianos obtiveram melhores resultados na resiliência, autoeficácia relativa à diabetes e A1c. Este estudo revelou, também, melhor score de resiliência e A1c mais elevada em adolescentes que vivem com um único progenitor e que a A1c se eleva com o avançar da idade. Relativamente à idade, encontramos algo semelhante entre nós no estudo desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica (SPEDP)[40] em que a A1c aumenta na faixa etária dos 10 aos 14 e dos 15 aos 19 anos, decrescendo no grupo etário dos 20 aos 22 anos. Serão estas diferenças justificáveis pela fase da vida em que os participantes se encontram, com as suas experiências de vida importantes, traduzidas em oportunidades ou tarefas para o desenvolvimento, com as caraterísticas próprias de cada cultura e em que cada adolescente procura a identidade e a autonomia parental?

Jaser *et al* [25] e Rosenberg *et al* [32] testaram 3 intervenções passíveis de melhorar a resiliência dos adolescentes, no entanto, não obtiveram resultados com significância estatística. Todavia, Lo *et al*[33], com base no seu modelo de intervenção mostraram que os comportamentos de autocuidado e a resiliência são os principais fatores que podem influenciar o controlo glicémico e a qualidade de vida. A investigação sobre intervenções passíveis de melhorar a resiliência em adolescentes diabéticos é ainda um caminho a desbravar e não há diretrizes específicas pois, como refere Luthar[19], o que funciona como proteção para uns poderá não o ser para outros, pelo que, como afirma Rutter[41], os resultados da resiliência não se organizam num programa de prevenção e tratamento, mas fornecem numerosas pistas para abordagens clínicas com foco numa visão dinâmica do que possa estar envolvido. Neste contexto, sugerem-

se para futuras investigações um desenho de intervenções bem estruturadas relacionando-as com o tratamento, a família, o grupo de amigos, os afetos e as questões culturais subjacentes, entre outras variáveis.

Os estudos selecionados nesta revisão não se inserem no 4º nível de pesquisa, embora novos caminhos tenham sido já apontados por Masten *et al*[17] ao reconhecerem que os pesquisadores comportamentais aprimoraram a pesquisa relativamente a aspetos chave da resiliência que implicam sistemas adaptativos fundamentais e sugerem o seu estudo em múltiplos níveis de análise e inclusivamente entre espécies. Rutter[41] afirma, também, que a envolvência da biologia deve ser considerada e não apenas as operações mentais, embora a compreensão destas interconexões ainda seja bastante rudimentar.

Os estudos analisados apresentam também várias sugestões para futuro, onde se destaca o recurso a estudos longitudinais com amostras representativas em tamanho e diversidade étnica e racial. Num esforço de adaptação e melhoria da prática clínica ensaiaram-se algumas intervenções e sugere-se a sua replicação em amostras mais alargadas. Projetos de intervenção multidisciplinar devem ter em conta que a ansiedade e a depressão são fatores de risco, enquanto que o afeto positivo, o apoio escolar, as estratégias de *coping* mais adaptativas, os comportamentos de autocuidado e a resiliência parecem favorecer uma melhor gestão da diabetes traduzida num melhor controlo glicémico.

Com esta revisão de literatura fizemos um ponto de situação relativamente ao estudo da resiliência em adolescentes diabéticos. Constatamos que há ainda pouca investigação desenvolvida, apontamos algumas fragilidades na investigação efetuada e alguns pontos fortes, apresentamos uma sinopse das sugestões dos estudos incluídos e acrescentamos algumas que nos foram sendo sugeridas pelos resultados e pelo confronto com a literatura. Estudar a resiliência e os seus mecanismos permite disponibilizar às famílias, à sociedade em geral e aos profissionais de saúde, ferramentas que favoreçam a prática de cuidados direcionados para o adolescente na sua situação concreta. Pois, como refere Brooks[42], nutrir a resiliência é um presente vitalício, um legado para a próxima geração, que os pais podem oferecer aos seus filhos e, acrescentamos nós, é também um dever ético de todos aqueles que desenvolvem a sua atividade profissional com adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

1.Neuenschwander M. Desenvolvimento e identidade na adolescência. Coimbra: Almedina; 2002.

2.Cyrulnik B. Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana. Lisboa: Piaget; 2001.

3.Frankl VE. O Homem em busca de um sentido. 2ª ed. Alfragide: Lua de papel; 2014.

4.Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. In: Lester BM, Masten AS, McEwen B, editors. Resilience in children. Ann N Y Acad Sci. 1094. Oxford: Blackwell Publishing; 2006. p. 1-12.

5.Becoña E. Resiliencia: definicion, caracteristicas y utilidad del concepto. Rev Psicopatologia Psicol Clin. 2006; 11(3): 125-46.

6.Castro E, Moreno-Jiménez B. Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. Psic Estudo. 2007; 12: 81-6.

7.Graham D, Becerril-Martinez G. Surgical resilience: a review of resilience biomarkers and surgical recovery. Surgeon. 2014; 12 (6): 334-44.

8.Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. World Psychiatry. 2010; 9 (3): 145-54.

9.Vinson JA. Children with asthma: initial development of the child resilience model. Pediat Nurs. 2002; 28 (2): 149.

10.Anaut M. A Resiliência: ultrapassar os traumatismos. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2005.

11.Infante F. A Resiliência como processo:

uma revisão da literatura recente. In: Melillo A; Ojeda ENS, editores. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Brasil: Artmed; 2005. p. 23-37.

12.Souza M, Cerveny C. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. Interam J Psychol. 2006; 40 (1): 119-26.

13.Cicchetti D, Blender JA. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1094: 248-58.

14.Masten AS. Ordinary Magic: resilience process in development. Am Psychol. 2001; 56 (3): 227-38.

15.Richardson GE. The Metatheory of Resilience and resiliency. J Clin Psychol. 2002; 58 (3): 307-21.

16.Wright MOD, Masten AS, Narayan AJ. Resilience process in development: four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In: Goldstein, S; Brooks, RB editors. Handbook of resilience in children: Springer Science Business Media New York; 2013. p. 15-37.

17.Masten AS, Obradovic J. Competence and resilience in development. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1094: 13-27.

18.Garcia I. Vulnerabilidade e resiliência. Adolesc Latinoam. 2001; 2 (3): 128-30.

19.Luthar SS, Dante C, Browyn B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidlines for future work. Child Dev. 2000; 71 (3): 543-62.

20.Rutter M. Resilience as a dynamic concept. Dev Psychopathol. 2012; 24 (2): 335-44.

21.Blum R. Risco e resiliência: sumário para o desenvolvimento de um programa. Adolesc Latinoam. 1997;1 (1): 16-9.

22.Simões C, Matos M, Ferreira M, Tomé G. Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: desenvolvimento de um programa de promoção da resiliência na adolescência. Psicol Saude Doenças. 2010;11 (1): 101-19.

23.Kotliarenco M, Pardo M. Algunos alcances acerca del sustento biológico de la resiliencia. Psykhe. 2003; 12 (1): 119-24.

24.D'Alessio L. Mecanismos Neurobiológicos de la Resiliencia: Polemos; s/data. (Acedido em setembro 2016). Disponível em: https://pt.scribd.com/document/317510983/Mecanismos-Neurobiologicos-de-la-Resiliencia-pdf

25.Jaser SS, White LE. Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. Child Care Health Dev. 2011; 37 (3): 335-42.

26.Sivertsen B, Petrie KJ, Wilhelmsen-Langeland A, Hysing M. Mental health in adolescents with type 1 diabetes: results from a large population-based study. BMC Endocr Disord. 2014, 14:83. (Acedido em julho 2016). Disponível em: http://bmcendocrdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6823-14-83

27.Yi-Frazier JP, Rosenberg AR, Semana S, Buscaino E, Thompson V, Cochrane K, et al. The association of personal resilience with stress, coping, and diabetes outcomes in adolescents with type 1 diabetes: Variable- and person-focused approaches. J Health Psycol. 2015; 20 (9): 1196-06.

28.Lord J, Rumburg T, Jaser S. Staying positive: positive affect as a predictor of resilience in adolescentes with type 1 diabetes. J Pediatr Psychol. 2015; 40 (9): 968-77.

29.Walker AF, Johnson C, Schatz DA, Silverstein JH, Lyles S, Rohrs HJ. Using photography as a method to explore adolescent challenges and resilience in type 1 diabetes. 2015; 28 (2): 92-8.

30.Santos FRM, Bernardo V, Gabbay MAL, Dib SA, Sigulem D. The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. Diabetol Metab Syndr. 2013; 5:55: (Acedido em julho 2016). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3849685/pdf/1758-5996-5-55.pdf

31.Winsett RP, Stender SR, Gower G, Burghen GA. Adolescent self-efficacy and

resilience in participants attending a diabetes camp. Pediatric Nurs. 2010; 36 (6): 293-6.

32.Rosenberg AR, Yi-Frazier JP, Eaton L, Wharton C, Cochrane K, Pihoker C, et al. Promoting resilience in stress management: a pilot study of a novel resilience-promoting intervention for adolescents and young adults with serious iIllness. 2015; 40 (9): 992-9.

33.Lo FS, Hsu HY, Chen BH, Lee YJ, Chen YT, Wang RH. Factors affecting health adaptation os chinese adolescents with type 1 diabetes: a path model testing. J Child Health Care. 2016; 20 (1): 5-16.

34.Figueiredo CM, Popik E, Freitas J, Cardoso H, Oliveira MJ, Borges T. Terapêutica por perfusão subcutânea contínua de insulina: a experiência de um centro pediátrico nível III. XVIII Reunião Anual de Pediatria do CMIN; Porto: Nascer Crescer; 2016. S13.

35.Oliveira RS, Santos S, Laranjo G, Luís A, Campos J. Diabetes, adolescência e qualidade de vida. Acta Ped Port. 2013; 44 (4): 156-60.

36.Rodrigues Â, Costa EV. Locus de Contolo, auto-eficácia e qualidade de vida na diabetes tipo 1. Psic Saude Doenças. 2013; 14 (3): 389-404.

37.Serrabulho L, Matos MG, Nabais JV, Raposo JF. A educação para a saúde nos jovens com diabetes tipo 1. Psic Saúde Doenças. 2015; 16 (1): 70-85.

38.NICE. Diabetes (type 1 and type 2) in children and young people: diagnosis and management (NG18) 2015. (Acedido em fevereiro 2017). Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/TA151/chapter/1-guidance.

39.SPD. Diabetes, factos e números. O ano de 2014 - Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: DGS; 2015.

40.Fagulha A, Santos I, Grupo de Estudo da Diabetes Mellitus. Controlo glicémico e tratamento da diabetes tipo 1 da criança e adolescente em Portugal. Acta Med Port. 2004; 17: 173-79.

41.Rutter M. Annual Research Review: Resilience - clinical implications. J Child Psychol Psychiatry. 2013; 54 (4); 474-87.

42.Brooks RB. The power of parenting. In: Goldstein S, Brooks RB, editors. Resilience in children. USA: Springer; 2005. p. 297-14.

Agradecimentos e Esclarecimentos

Esta revisão de literatura faz parte do quadro teórico da tese de doutoramento intitulada Resiliência em Adolescentes com Diabetes Tipo 1: resultado adaptativo e controlo metabólico que se encontra em desenvolvimento.

Agradecemos a colaboração do CHP através da concessão de uma bolsa de doutoramento.

O PROCESSO FORMATIVO DA PESSOA COM TRANSPLANTE RENAL: O CUIDADO COM A ATIVIDADE SEXUAL

Pedro Ricardo Coelho Goncalves[1] Maria Isabel Domingues Fernandes[2] Luís Manuel de Jesus Loureiro[3]

Resumo

A educação sobre a sexualidade após o transplante renal é um aspeto a integrar pelos profissionais de saúde no processo formativo.
É um estudo qualitativo, numa amostra de 139 pessoas com mais de 6 meses e menos de 5 anos de transplante renal. Analisou-se a perceção da pessoa sobre o processo de educação terapêutica para o bem-estar associado à sua saúde sexual no pós-transplante. Os dados foram colhidos a partir de um questionário para caraterização sociodemográfica e clínica e questões descritivas sobre o processo formativo relativo ao cuidado com a atividade sexual após o transplante. Os dados narrativos obtidos foram analisados através da metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin.
Concluiu-se que a pessoa com transplante renal valoriza a intervenção dos profissionais de saúde na educação terapêutica como um contributo significativo para a recuperação da sua saúde e bem-estar. Contudo, também deixou perceber alguns constrangimentos (o ensino não é realizado a todas as pessoas, falta de sistematização dos conteúdos, informação por vezes contraditória), a exigirem uma análise das práticas.
Palavras-chave: Transplante de rim, sexualidade, educação sexual, enfermagem.

Abstract

PATIENT EDUCATION ABOUT SEXUAL ACTIVITY AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION
A qualitative study was conducted with a sample of 139 kidney transplant recipients for more than 6 months and less than 5 years. The study aimed at analyzing patients' perceptions about the therapeutic education process regarding the well-being associated with sexual health after transplantation. A questionnaire was used to collect data on participants' sociodemographic and clinical characteristics and the education process concerning the care with sexual activity after transplantation. The obtained narrative data were analyzed using the content analysis technique.
Kidney transplant recipients reported that health professionals' therapeutic education intervention is a significant contribution in recovering their health and well-being. However, they also reported some constraints (e.g., this education is not provided to all people, content is not systematized, information is sometimes conflicting) that require these practices to be further analyzed.
Keywords: Nursing, kidney transplantation, sexuality, sex education.
Keywords: Bucal hygiene; Oncology; Nurse; Self-care; Knowledge.

Resumen

EL PROCESO FORMATIVO DE LA PERSONA CON TRANSPLANTE RENAL: EL CUIDADO CON LA ACTIVIDAD SEXUAL
Se trata de un estudio cualitativo en una muestra de 139 personas que se sometieron a un transplante renal hace más de 6 meses y menos de 5 años. Se analizó la percepción de la persona sobre el proceso de educación terapéutica para el bienestar asociado a la salud sexual después del transplante. Los datos se recogieron a partir de un cuestionario para la caracterización sociodemográfica y clínica, y del proceso formativo relativo al cuidado con la actividad sexual tras el transplante. Los datos narrativos obtenidos se analizaron a través de la metodología de análisis de contenido.
La persona con transplante renal valora la intervención de los profesionales de la salud en la educación terapéutica como una contribución significativa para la recuperación de la salud y el bienestar. No obstante, también permitió observar algunas limitaciones que exigen un análisis de las prácticas.
Palabras clave: enfermería, transplante de riñón, sexualidad, educación sexual.

Rececionado em junho 2018. Aceite em julho 2018

[1]Enfermeiro no Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (email: pedrico_goncalves@hotmail.com)
[2]PhD, Professor da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
[3]PhD, Professor da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A temática da sexualidade independentemente do contexto é um tema difícil de abordar, tanto por parte dos profissionais de saúde, como pela pessoa na sua relação de intimidade (Martell, Rice, Crooks, Ko, & Muehrer, 2015). Atualmente, apesar de ainda existirem alguns constrangimentos, fruto da valorização deste aspeto no processo cuidativo e sendo a função sexual um forte preditor da qualidade de vida global que tende a melhorar com o transplante renal, tem-se verificado uma maior abertura na discussão do tema. Há a necessidade de os profissionais de saúde se prepararem para cuidar da pessoa, considerando as suas necessidades humanas básicas numa conceção holística, na qual a sexualidade está inserida (Moreira, 2003; Soares, 2003).

Para isso, as pessoas devem receber informação adequada, tratamento e cuidados em tempo útil, ao longo do ciclo da vida, independentemente da sua idade, sexo, classe social, etnia, por forma a decidirem livremente quantos filhos ter e quando os ter, prevenir uma gravidez, gerir problemas de infertilidade, prevenir e tratar as doenças sexualmente transmissíveis e desfrutar de uma vida sexual saudável, segura e satisfatória, contribuindo para a valorização da vida e das relações pessoais.

Nesta linha de orientação, o enfermeiro na procura permanente da excelência no exercício profissional, maximiza o bem-estar da pessoa e suplementa ou complementa as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente, por exemplo através da identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas da pessoa, implementação e avaliação das intervenções que contribuam para aumentar o seu bem-estar (OE, 2002).

Espera-se que todo o processo formativo seja programado e sistematizado, com particular incidência na informação, quer de aspetos mais teóricos quer de aspetos de natureza mais técnica, dotando a pessoa de conhecimentos e de capacidades para o seu autocuidado. Na pessoa com transplante renal este processo tem um maior enfoque nas intervenções do tipo ensinar/educar, pois a sua recuperação e bem-estar dependem muito do conhecimento que detém sobre a importância da adoção de comportamentos adequados à sua situação de saúde.

Informar cuidadosamente pode por si só resolver uma situação aparentemente disfuncional. Por exemplo, informar o casal ou o indivíduo, que fatores biológicos (e.g., diabetes Mellitus) podem ter um papel significativo na disfunção contribui para a diminuição da culpa existente ou informar das vantagens do uso de um lubrificante vaginal pode por si só ajudar a resolver o problema (Fonseca, Figueiredo, & Nobre, 2003).

De acordo com o International Council of Nurses (ICN) é muito importante educar a pessoa com doença crónica sobre a sua doença, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão (ICN, 2009). Haspeslagh et al. (2013) definem a educação como uma oportunidade de aprendizagem quer para o doente quer para a família. O objetivo deste processo é melhorar o conhecimento sobre a doença, o tratamento e ajudar a pessoa a desenvolver estratégias de coping para lidar com a doença. A educação é necessária para a autogestão, uma vez que a maior parte dos cuidados prestados à pessoa com doença crónica exigem que a pessoa esteja envolvida no seu próprio autocuidado. É uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas a pessoa não precisa só de ser informada mas também de ser motivada e encorajada a aderir ao regime terapêutico. Para melhorar a adesão o ICN (2009) propõe a combinação de estratégias educativas e comportamentais.

A Unidade de Transplantação Renal, contexto onde esta investigação foi realizada, o processo formativo numa visão estruturada inicia-se 48 horas após a cirurgia, sempre que a pessoa está preparada para tal e que se identifica o diagnóstico de enfermagem "Gestão do regime terapêutico ineficaz".

O processo formativo integra como temas de maior relevo a gestão da medicação, alimentação, higiene oral, prevenção da infeção, cuidados com os olhos e com a pele, exercício físico, sinais e sintomas de alerta e atividade sexual (Silvestre, Duarte, Reis, & Morais, 2013). Posteriormente são programados temas específicos a serem abordados em cada dia. Os conhecimentos da pessoa são avaliados diariamente e só se avança para a temática seguinte quando a mesma evidencia que o conhecimento anterior está aprendido e consolidado. Se for seguida a estrutura prevista a informação relativa à atividade sexual ocorre ao terceiro dia após a entrega de um documento escrito de suporte, intitulado "Viver bem com o meu transplante renal". O plano de formação também inclui o cuidador de referência da pessoa, que na maior parte das vezes coincidi ser o seu companheiro.

À luz dos estudos atuais, a pessoa deve ser informada que o transplante renal afeta a função sexual de forma imprevisível, ajudando a pessoa a construir uma expetativa realista no que se prende com a restauração da sua vida sexual (Mirone et al., 2009).

A maior parte dos centros de transplantação recomendam que a pessoa transplantada deve esperar seis a oito semanas antes de retomar a atividade sexual (Schroeder, 2011). Este período permite recuperar a força e energia após a cirurgia, a própria cicatrização da ferida cirúrgica e a otimização dos níveis de imunossupressão. Após o transplante o prestador de cuidados deve iniciar um diálogo aberto sobre a sexualidade e sempre que possível e adequado o parceiro da pessoa deve ser incluído nesse diálogo (Martell et al., 2015).

A prática de sexo seguro é importante para todas as pessoas que são sexualmente ativas. Sabe-se que a pessoa transplantada tem um risco acrescido de contrair uma doença sexualmente transmissível porque se encontra imunodeprimida. As práticas sexuais seguras incluem, a relação sexual apenas com um parceiro, lavar os órgãos genitais antes e depois do ato sexual, usar sempre preservativo de látex com espermicida, evitar a atividade sexual com pessoas que apresentam feridas e/ou erupções cutâneas na região genital e, evitar a prática de sexo anal (Schroeder, 2011).

Relativamente à fertilidade e gravidez, é importante informar que a fertilidade nas mulheres pode retomar rapidamente após o transplante. Alguns imunossupressores podem impedir a menstruação, no entanto a ovulação continua a ocorrer, pelo que é necessário prevenir a gravidez indesejada. A pílula anticoncecional tem alguns riscos, pelo que este aspeto deve ser sempre discutido com a mulher. As mulheres devem esperar pelo menos um ano após o transplante e ter uma boa função renal, antes de engravidar, pelo que devem discutir este tema com o médico. Também, alguns medicamentos podem ter um impacto negativo sobre o desenvolvimento do feto e o transplante, além de que poderá haver a necessidade de mudar e/ou ajustar as dosagens dos imunossupressores (Schroeder, 2011).

É preciso ter presente que as pessoas com doenças crónicas raramente tomam a iniciativa de procurar ajuda para os seus problemas sexuais. A chave para providenciar ajuda no plano sexual à pessoa com doença crónica, está nas capacidades dos profissionais de saúde para abordar o tema, providenciando simultaneamente uma discussão serena do mesmo. O primeiro passo, a avaliação do processo, é a identificação da existência de um problema sexual (Abrantes, 2003).

Tendo em conta as principais disfunções sexuais da pessoa com transplante renal (a diminuição da líbido em ambos os sexos, a disfunção erétil nos homens e a diminuição da lubrificação vaginal, da satisfação sexual e a incapacidade para atingir o orgasmo nas mulheres) (Josephson & McKay, 2013), Schroeder (2011) sugere algumas intervenções que poderão ajudar na gestão destas disfunções. Quando há diminuição da líbido propõe: dar tempo à pessoa para recuperar

fisicamente da cirurgia; realizar atividades que aumentem a resistência física; melhorar a imagem corporal; dialogar abertamente com o companheiro sobre o que sente; planear momentos de partilha entre o casal e falar sobre os momentos especiais passados juntos e pensar no futuro. Se o problema é a disfunção erétil refere que é importante discutir as preocupações e sentimentos com o companheiro, bem como novas formas de demonstrar amor e proximidade; discutir as opções terapêuticas com o médico e informar-se sobre as técnicas que melhorem a disfunção erétil. No que diz respeito à diminuição da lubrificação vaginal, e consequente dor, é essencial planear atempadamente a atividade sexual por forma a ter disponíveis lubrificantes vaginais; discutir com o companheiro sobre o que está a acontecer, incluindo-o no processo e discutir as preocupações com os profissionais de saúde. Analisando estas sugestões de intervenção conclui-se que a comunicação é a chave para uma relação saudável e de proximidade entre o casal. Contudo, as disfunções sexuais poderão requerer outras intervenções mais especializadas, porque a sua causa é multifatorial e cada caso pode exigir uma intervenção diferente, sendo importante trabalhar em estreita articulação com a equipa multidisciplinar de andrologia (Whittaker, et al. 2012).

Desta forma, a pessoa e o seu companheiro devem ser questionados sobre a sua função sexual e encaminhados para avaliação especializada (psicólogo, urologista ou outro profissional da área da sexologia clínica), quando necessário (Whittaker et al., 2012). Estes investigadores também propõem a criação de programas de cuidados para a gestão da disfunção sexual, em colaboração com uma equipa multidisciplinar especializada em andrologia.

É estruturante a participação efetiva da pessoa em todo o processo, para que haja adesão ao tratamento instituído, com evidente promoção da melhoria da qualidade de vida (Muehrer, Lanuza, Brown, & Djamali, 2014). À data da alta clínica, é importante garantir a otimização da capacidade de autocuidado da pessoa e a continuidade dos cuidados, mas também dar continuidade ao processo educativo da pessoa a longo prazo adaptando-o às suas necessidades de informação (Haspeslagh et al., 2013).

Face à problemática em estudo foi colocada a seguinte questão de investigação: Como se carateriza a educação terapêutica sobre o cuidado com a atividade sexual na pessoa com transplante renal?

METODOLOGIA

Este estudo insere-se num estudo mais abrangente (estudo quantitativo, correlacional e descritivo), que pretendeu avaliar a função sexual da pessoa com transplante renal e analisar em que medida as variáveis do domínio demográfico e clínico estão relacionadas com a função sexual. Esta parte da investigação tem uma abordagem qualitativa, no qual os dados narrativos obtidos foram analisados através da metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2013). A amostra é constituída por 139 pessoas com transplante renal que frequentaram a consulta externa de uma Unidade de Transplantação Renal onde tinham consultas de acompanhamento e avaliação clínica após o transplante renal, nos meses de agosto, setembro e outubro de 2014. Considerou-se como critérios de inclusão: idade ≥ 18 anos; ter entre 6 meses a 5 anos com transplante renal; saber ler e escrever e aceitar participar no estudo após esclarecimento dos seus objetivos.

Na colheita de dados foi utilizado um questionário com os dados sociodemográficos e clínicos e, quatro questões abertas sobre o processo formativo da pessoa com transplante renal.

Ao longo da investigação foram preservados todos os aspetos éticos e legais exigíveis na investigação científica. Foi solicitado parecer sobre o projeto à Comissão de Ética da instituição que obteve parecer favorável.

A amostra é constituída por 98 indivíduos

do sexo masculino e 41 do sexo feminino, sendo a média de idades de 49 anos. A maioria dos indivíduos é casada (61,6%), tem o 12.º ano (28,6%) e está reformada (48,9%). Quanto aos antecedentes de saúde, 66,2% das pessoas apresenta HTA, 51,1% são pré-obesas ou obesas, 26,6% apresenta sintomatologia depressiva, 16,5% tem hábitos tabágicos e 12,2% apresenta dislipidémia. A principal etiologia da doença renal crónica foi a HTA (34,4%), seguida da causa indeterminada (27,5%) e da doença renal poliquística (15,3%). As pessoas com transplante renal têm uma média de doença de 13 anos. Quanto ao tempo de transplante, a maior parte das pessoas situa-se nas classes [mais de 6 meses até um ano[e [4 anos a 5 anos], ambas com 34 pessoas (24,6%).

RESULTADOS

As respostas às questões abertas do instrumento de colheita de dados foram transcritas e analisado o seu conteúdo de acordo com os pressupostos e orientações de Bardin (2013). As questões são referentes à educação terapêutica realizada à pessoa com transplante renal sobre a sexualidade no pós-transplante, solicitando-se que indicassem: os aspetos que foram relevantes e salientados no processo educativo ou aqueles que não teve informação; como se sentiram ao abordar a problemática da sexualidade com o profissional de saúde; e se sentiram a necessidade de continuidade de apoio educativo no acompanhamento pós transplante. Não responderam a estas questões 22 das pessoas inquiridas, o que corresponde a 15,8% da amostra.

Dessa análise em que a temática central é o processo formativo da pessoa com transplante renal sobre a sexualidade, identificaram-se nas respostas apresentadas dois temas: o processo formativo independentemente do contexto em que ocorreu, internamento ou consulta externa, e a comunicação profissional de saúde-pessoa. Em cada um dos temas foi identificado um conjunto de categorias e subcategorias (figura 1).

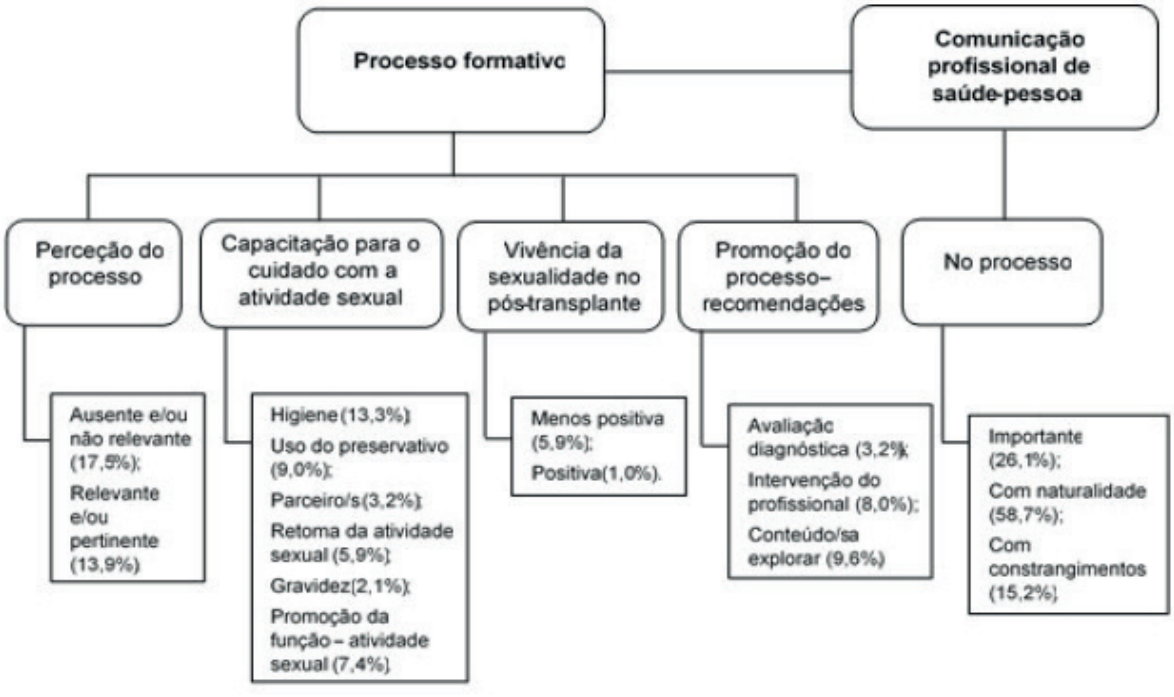


Figura 1 – Esquema da análise de conteúdo relativa ao processo formativo da pessoa com transplante renal.

No tema **processo formativo**, em que as pessoas com transplante renal se reportaram tanto ao que ocorreu durante o período de hospitalização como nas consultas de acompanhamento da situação clínica, identificaram-se quatro categorias: *perceção do processo*; *capacitação para o cuidado com a atividade sexual*; *vivência da sexualidade no pós-transplante* e *promoção do processo – recomendações*.

Na categoria *perceção do processo*, identificaram-se duas subcategorias: *ausente e/ou não relevante* e *relevante e/ou pertinente*. A maior parte dos indicadores (17,5%) demonstram que o processo formativo não se realizou ou foi insignificante, como se explicita nos indicadores - "Não houve qualquer ensino"; "A abordagem feita foi deveras insignificante".

Em contrapartida, 13,9% dos indicadores revelam que os ensinos foram relevantes e/ou pertinentes - "O ensino foi explícito e suficiente"; "Ficamos a saber como lidar com as situações".

Na categoria que se refere à *capacitação para o cuidado com a atividade sexual*, os indivíduos consideram que no processo formativo lhes foram apresentados dados potencialmente fomentadores de uma atividade sexual segura, identificando-se as subcategorias: *higiene*, sendo esta a que regista um maior número de indicadores (13,3%); *uso do preservativo*, com 9,0% dos indicadores; *parceiro ou parceiros* sexuais (3,2% dos indicadores), fundamentalmente o seu número (e.g., "evitando parceiros extraconjugais"; "fazer sexo só com a companheira"); *retoma da atividade sexual* (5,9% dos indicadores), nomeadamente informação relativa ao período de tempo após a cirurgia de transplante em que seria seguro iniciar a atividade sexual; *gravidez* com uma menor percentagem (2,1% dos indicadores) e com indicadores como: "da pílula para prevenir a gravidez" ou "informação sobre a necessidade da alteração da medicação no caso da minha esposa querer engravidar"; e *promoção da função – atividade sexual,* que integra um conjunto de indicadores (7,4%) direcionado, uns para cuidados de ordem física (e.g., "prática de exercício físico"; "posição menos dolorosa para mim e menos prejudicial para o rim") e outros para a consciencialização do que poderá ocorrer no pós-transplante (e.g., "A medicação do transplante pode causar problemas psiquiátricos que afetam a sexualidade").

Quanto à *vivência da sexualidade no pós-transplante* identificaram-se, em baixo número, indicadores passíveis de integrar nesta categoria. As pessoas manifestaram-se fundamentalmente de forma *menos positiva* o que corresponde a 5,9% dos indicadores, nos quais as pessoas relatam a sua insatisfação, tal como demonstram os seguintes indicadores - "Não consigo satisfazer a parceira"; "Nunca encontrei melhoras".

Apenas, dois indicadores refletem uma expetativa *positiva*, tal como exemplifica o indicador - "foi recuperado o bem-estar".

As pessoas com transplante renal também apresentaram contributos para a *promoção do processo formativo* através de algumas recomendações. Assim, os indicadores foram agrupados em três subcategorias: *avaliação diagnóstica*, *intervenção do profissional* e *conteúdo/s a explorar*.

A maior parte dos indicadores dizem respeito a esta última subcategoria, com 9,6% dos indicadores. As pessoas manifestam que é importante informar sobre o regime medicamentoso, nomeadamente os efeitos secundários, conhecimentos sobre uma prática sexual segura e vigilância médica, tal como expressaram algumas pessoas:

"Prevenir o doente de que a medicação… pode afetar a sexualidade do doente";

"Tudo o que for para melhorar uma vida do doente será bem-vindo".

As pessoas também referem que a *intervenção do profissional*, com 8,0% dos indicadores, deve ser de proximidade, de desmistificação, com uma atitude de questionamento e o encaminhamento para um especialista em sexologia quando o problema não se está a resolver, tal como os seguintes indicadores referem:

"deviam ser os médicos e os enfermeiros a questionar os doentes sobre este tema"; "fazer questões sobre as nossas situações e se temos dúvidas sobre o tema"; "encaminhar para o especialista nesta especialidade".

Relativamente à *avaliação diagnóstica*, os indicadores (3,2%) sugerem que deve ser avaliada

a necessidade de formação da pessoa nesta área (e.g., "acho que não me faz falta, tenho as consultas de ginecologia"), bem como respeitar a autonomia da pessoa na decisão sobre a necessidade de ser informado (e.g., "no caso do transplantado manifestar vontade de ser informado sobre o assunto"). Contudo, 65% das pessoas referem que existem aspetos relativos à sexualidade que deveriam ser explorados nas consultas de acompanhamento clínico.

Relativamente à área temática **comunicação profissional de saúde-pessoa** a maior parte dos indivíduos (88%) referiu que se sentiu confortável ao abordar o tema da sexualidade com os profissionais de saúde. Identificou-se a categoria *no processo* e dentro desta, as subcategorias: *importante*, *com naturalidade* e *com constrangimentos*. A comunicação profissional de saúde-pessoa é vivenciada de forma *natural* e sem tabus, com 58,7% dos indicadores - "é natural que se fale"; "O sexo não é um tabu".

A relação é *importante* (26,1% dos indicadores), porque os profissionais de saúde são detentores do conhecimento, como se explicita no indicador - "competência profissional".

No entanto, uma parte dos indicadores (15,2%) também demonstra alguns *constrangimentos* por parte das pessoas, tal como expressam os seguintes indicadores - "Quando falo não tenho qualquer apoio"; "O médico geralmente só se importa com a respetiva doença e não dá andamento".

DISCUSSÃO

A influência da educação terapêutica da pessoa com transplante renal para o bem-estar associado à saúde sexual no pós-transplante é um importante foco de análise desta investigação.

Decorrente da análise de conteúdo realizada aos dados narrativos constata-se que o processo formativo da pessoa com transplante renal relativo à sexualidade parece não ter um nível de estruturação e sistematização adequado às necessidades da pessoa, pelo que existem aspetos relativos à sexualidade que deveriam ser explorados em maior profundidade.

A falta de informação adequada é referida, por Turner e Noble (2010), mesmo antes de estas pessoas serem submetidas a transplante renal, pois embora algumas tenham recebido informação suficiente e adequada sobre o transplante renal, a maior parte considera-a insuficiente. Neste domínio importa atender ao estado emocional da pessoa ou à sua incapacidade para reter ou compreender a informação, mesmo nas situações em que esta é disponibilizada.

Nesta investigação uma parte dos indivíduos refere que o ensino não foi realizado e/ou foi pouco relevante aquando do seu internamento e nas consultas de enfermagem pós-transplante. Este dado poderá estar relacionado com o facto de mais de metade dos indivíduos da amostra (56,6%) ter mais de dois anos de transplante e o trabalho formativo mais sistematizado e estruturado pelo guia "Viver bem com o meu Transplante Renal" só ter sido implementado em 2013. O guia faz parte da informação escrita, sendo uma das intervenções educacionais, que por si só pode ser pobre em termos formativos se não for trabalhado com a pessoa para que ao longo deste processo de discussão o enfermeiro possa conhecer a pessoa em maior profundidade (especialmente num domínio tão significativo e considerado da esfera privada) e, assim, responder de forma individualizada e integrada, capacitando-a para o autocuidado.

Os resultados da investigação reforçam a importância das intervenções educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e/ou doença, através de programas educacionais individuais ou em grupo.

Dar informação adequada implica que o casal ou o indivíduo tenha uma melhor compreensão da função sexual e dos múltiplos fatores que ao longo da vida a podem influenciar (Fonseca et al., 2003).

As pessoas que foram capacitadas para o cuidado com a atividade sexual consideram ter conhecimentos sobre práticas sexuais seguras, pois a maior parte dos indivíduos aponta as questões da higiene antes e após a atividade sexual e o uso do preservativo. Uma menor percentagem de pessoas refere a retoma da atividade sexual, o número de parceiros, a gravidez (quer na ótica da prevenção quer da reprodução) e dão outros contributos para a promoção da função, tais como, urinar antes e depois da atividade sexual, a posição sexual mais

confortável e menos prejudicial, a intensidade com que se pratica o ato sexual, a prática de exercício físico, entre outros. Além dos cuidados práticos a ter, também é percebida a necessidade de alguma informação adicional sobre o esperado no pós-transplante e os efeitos secundários dos medicamentos, especificamente sobre a função sexual. Esta informação adicional é importante na gestão das expetativas dos indivíduos em relação à sua função sexual (melhoria *versus* agravamento da função sexual).

Se por um lado alguns indivíduos referem que recuperaram o bem-estar, outros vivenciaram situações menos positivas em que se percebe que a sua preparação poderia ter sido mais global e integradora. Este aspeto vai ao encontro do defendido por Abrantes (2003) que entende a doença crónica como ocasionadora de medos, quer da pessoa doente quer do companheiro/a, dos efeitos nefastos que a atividade sexual possa ter sobre a doença, neste caso o transplante renal. Sendo assim é fundamental que os profissionais de saúde, e nomeadamente os enfermeiros, trabalhem em pormenor com a pessoa cada um dos domínios em que o transplante pode ter implicações, potencializando os ganhos em saúde e fundamentalmente o seu bem-estar.

Para isso é útil discutir com o companheiro as preocupações que possa ter (Schroeder, 2011). Abrantes (2003) refere ainda que, no caso de uma doença grave, a primeira preocupação da pessoa tem a ver com as hipóteses de sobrevivência e só mais tarde surgem as interrogações sobre o efeito da doença e dos tratamentos na sua capacidade de realização sexual e satisfação do companheiro. Assim, na fase aguda, o interesse e a satisfação sexual estão provavelmente afetados ou mesmo ausentes, surgindo estas preocupações apenas na fase de recuperação, o que permite antever e simultaneamente fundamentar a importância da continuidade do processo formativo, nomeadamente na consulta de enfermagem pós-transplante.

Algumas das pessoas revelam, no que se prende com a promoção do processo formativo, a importância que atribuem à avaliação diagnóstica sobre a função sexual, sugerindo que devem ser os profissionais de saúde a questionar sobre a sexualidade, respeitando sempre a sua vontade e autonomia na decisão de abordar a temática. Ainda que algumas pessoas não queiram revelar dados sobre a sua vida sexual, a maior parte, tal como refere Abrantes (2003), parece ficar agradada com o aconselhamento a este nível, sentindo-o também como uma expressão de empatia e preocupação por parte do profissional de saúde. Esta análise surge reforçada quando a comunicação profissional de saúde-pessoa sobre o tema é entendida pela maior parte dos indivíduos como não constrangedora, pois sentiram-se confortáveis ao tratar o tema, sendo este classificado como natural, o que vai ao encontro da posição da WHO (2010) quando considera que uma boa comunicação resulta numa prática clínica eficaz com ganhos em saúde. Reforçam a importância atribuída ao demonstrarem satisfação com o conhecimento e competência profissional apresentada pelos profissionais de saúde neste domínio. No entanto, alguns indivíduos tiveram alguns constrangimentos na vivência do processo formativo, sentindo a falta de apoio por parte do profissional de saúde e identificando alguns conteúdos que deveriam ser explorados no processo formativo, nomeadamente a identificação de alguns aspetos que as capacitem para a atividade sexual.

Identifica-se ainda que o processo formativo deve ter uma linha de orientação bem definida e sempre que necessário estas pessoas devem ser encaminhadas para um especialista em sexologia.

A investigação de Martell et al. (2015) enfatiza a necessidade de um diálogo aberto sobre a sexualidade com a pessoa no pós transplante. Mesmo quando os doentes não verbalizam preocupações sexuais, eles podem sentir-se envergonhados, pelo que os investigadores sugerem que sejam os profissionais de saúde a questionar e sempre que possível, o companheiro deve ser incluído. Os resultados deste estudo indicam a necessidade de melhor educação sobre a sexualidade no pós transplante. É importante fornecer informação sobre os efeitos secundários da medicação (anti hipertensores, imunossupressores, antidepressivos) e da cirurgia na função sexual e como minimizar os

mesmos efeitos, se possível; e como ter uma vida sexual normal após o transplante. Deste modo a informação deve incluir os efeitos secundários fisiológicos, bem como os efeitos emocionais/psicológicos que podem alterar a autoestima e a relação com o companheiro.

Na relação profissional de saúde-pessoa é obrigatória a clareza e a objetividade da linguagem, que deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo da pessoa e ser de fácil memorização (Dias et al., 2011). Ferreira, Echer e Lucena (2014) acrescentam que as intervenções de enfermagem devem ser cuidadosamente planeadas e implementadas pelos enfermeiros, de modo a garantir as condições ideais de segurança da pessoa com transplante renal, ajudando-a a diminuir as complicações pós-transplante, a reduzir os custos com o tratamento, a melhorar a satisfação pessoal, facilitando o regresso à saúde e ao bem-estar.

Num estudo brasileiro os autores identificaram alguns diagnósticos que deviam ser explorados na consulta de enfermagem pós-transplante, tais como: risco de infeção, perceção sensorial perturbada (visual e auditiva), padrão de sono perturbado, nutrição desequilibrada (mais do que as necessidades corporais), fadiga, disfunção sexual, dor aguda e padrões de sexualidade ineficazes (Lira & Lopes, 2010). Como se constata, os padrões de sexualidade têm de ser explorados com a pessoa nas consultas de acompanhamento pós-transplante.

Uma educação pós transplante contínua e consistente contribui para um transplante bem sucedido e para a saúde e bem-estar da pessoa. A falta ou limitação de tempo durante as consultas de acompanhamento após o transplante desafia os profissionais de saúde a inovarem nos métodos de educar, particularmente após a hospitalização (Martell et al., 2015). No estudo de Haspeslagh et al. (2013) os doentes indicaram a necessidade de informação prática e concreta, não apenas durante a hospitalização, mas também nas consultas pós transplante. Os enfermeiros devem ser treinados para fornecer informação sobre o regime terapêutico, implementando estratégias que promovam a auto-gestão. O programa educativo deve começar no pré transplante e ser repetido ao longo do tempo porque as necessidades de (in) formação das pessoas também mudam com o passar do tempo.

Em síntese verifica-se que as pessoas têm necessidade de falar sobre os seus problemas emocionais, afetivos e sexuais, pelo que é fundamental que os vários profissionais de saúde estejam à vontade com a temática da sexualidade, não esquecendo que, sem perguntas, não há respostas ou queixas e que a doença, física ou mental, e os seus tratamentos são os responsáveis por uma grande parte das dificuldades sexuais. Importa que os enfermeiros sejam proactivos, avaliem a pessoa, diagnostiquem e intervenham nos possíveis problemas sem ser intrusivos e respeitando as opções individuais de cada pessoa (Gomes, 2014). Os problemas sexuais devem ser identificados numa fase inicial, por forma a terem uma resposta e adequados resultados.

Tal como afirma Abreu (2011) os enfermeiros são prestadores de cuidados primários que ao vivenciarem de perto as consequências que os processos de transição provocam na pessoa e respetiva família, têm a oportunidade de desenvolver intervenções adequadas às necessidades da pessoa. O enfermeiro é um facilitador do processo de transição pelo que através da educação terapêutica está a ajudar a pessoa a promover um ajustamento ou adaptação à sua nova condição. A fim de que a saúde sexual possa tornar-se uma realidade, as pessoas precisam ter acesso a informações sobre sexualidade e saúde sexual, pelo que a WHO propõe formação específica em saúde sexual e sexualidade para os profissionais de saúde (WHO, 2010).

CONCLUSÃO

A análise realizada ao processo formativo da pessoa com transplante renal sobre a sexualidade deixou perceber algumas fragilidades: nem sempre o ensino é realizado, falta de sistematização dos conteúdos e informação contraditória por parte dos profissionais de saúde. Contudo, a pessoa com transplante renal valoriza o papel destes profissionais como um contributo significativo para a recuperação da sua saúde e bem-estar.

Tendo em conta que o enfermeiro no processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, deve incorporar os resultados da investigação na sua prática, com vista à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, os resultados desta investigação sugerem que se deve trabalhar com a equipa de enfermagem uma forma estruturada de intervenção formativa, equacionar medidas a adotar para promover o processo formativo e avaliar continuamente os resultados da intervenção formativa e a evolução das respostas na pessoa com transplante renal.

Enfermeiros sensibilizados e capacitados para abordar e desenvolver intervenções direcionadas aos problemas relativos à sexualidade, durante o processo formativo da pessoa com transplante renal, permitirá um cuidado mais global e integrador e melhores resultados na saúde destas pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrantes, P. (2003). Sexualidade e doença crónica. In L. Fonseca, C. Soares & J. Machado Vaz (Eds.), A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I (pp. 513-530). Coimbra, Portugal: Quarteto.

Abreu, W. C. (2011). Transições e contextos Multiculturais. Coimbra, Portugal: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Bardin, L. (2013). Análise de conteúdo. Edição revista e atualizada. (D. Grassi, Trad.). Lisboa, Portugal: Edições 70, Lda. (Obra original publicada em 1977).

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M. M., Neves, A. P. G., Pinto, A. F. C., Silva, A. S. A., & Castro, S. A. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. Millenium, 40, 201-219.

Ferreira, S. A., Echer, I. C., & Lucena, A. F. (2014). Nursing diagnoses among kidney transplant recipientes: Evidence from clinical practice. International Journal of Nursing Knowledge, 25(1), 49-53.

Fonseca, L., Figueiredo, M., & Nobre, P. (2003). Sexualidade e doença Crónica. In L. Fonseca, C. Soares & J. Machado Vaz (Eds.), A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I (pp. 291-358). Coimbra, Portugal: Quarteto.

Gomes, F. A. (2014). A sexualidade das pessoas idosas. In M. T. Veríssimo (Eds.), Geriatria fundamental: Saber e praticar (pp. 403-411). Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Haspeslagh, A., De Bondt, K., Kuypers, D., Naesens, M., Breunig, C., & Dobbels, F. (2013). Completeness and satisfaction with the education and information received by patients immediately after kidney transplant: a mixed-models study. Progress in Transplantation, 23(1), 12-22.

International Council of Nurses. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). (D. Grassi, Trad.). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. (Obra original publicada em 2008).

Josephson, M. A., & McKay, D. B. (2013). Women and transplantation: Fertility, sexuality, pregnancy, contraception. Advances in Chronic Kidney Disease, 20(5), 433-440.

Lira, A. L. B. C., & Lopes, M. V. O. (2010). Pacientes transplantados renais: Análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem, 31(1), 108-114.

Martell, J., Rice, E. I., Crooks, N. K., Ko, D., & Muehrer, R. J. (2015). What are patients saying about sex after a kidney or simultaneous kidney/pancreas transplant?, 25(3), 251-256.

Mirone, V., Longo, N., Fusco, F., Verze, P., Creta, M., Parazzini, F., & Imbimbo, C. (2009). Renal transplantation does not improve erectile function in hemodialysed patients. European Urology, 56, 1047-1054.

Moreira, A. A. M. (2003). Disfunções sexuais masculinas: Definição, classificação e incidência. In L. Fonseca, C. Soares & J. Machado Vaz (Eds.), A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I (pp. 131-144). Coimbra, Portugal: Quarteto.

Schroeder, B. J. (2011). Sexual health after transplant: What every patient should know.

International Transplant Nurses Society.

Silvestre, I., Duarte, P., Reis, R., & Morais, S. (2013). Viver bem com o meu transplante renal. Coimbra, Portugal: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Soares, C. (2003). Disfunções sexuais femininas. In L. Fonseca, C. Soares & J. Machado Vaz (Eds.), A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I (pp. 51-70). Coimbra, Portugal: Quarteto.

Turner, C., & Noble, H. (2010). Patients' information needs before renal transplantation. Journal of renal nursing, 2(6), 274-277.

Whittaker, C., Dunsmore, V., Murphy, F., Rolfe, C., & Trevitt, R. (2012). Long-term care and nursing management of a patient who is the recipient of a renal transplant. Journal of Renal Care, 233-240.

World Health Organization. (2010). Measuring Sexual Health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva, Suíça: Autor.

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: Comentará os resultados alcançados confrontando-os com à 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-investigacao-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 <u>atenção</u> à sua <u>forma gráfica</u>, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

A taxa de submissão de artigo é de 5€.

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 10€.

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.