



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº2 SÉRIE 2 - FEVEREIRO 2013

Summary

EDITORIAL	7
ARMÊNIO GUARDADO CRUZ	
ESTUDO DOS FACTORES PREDISPONENTES DO MAL-ESTAR OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS <i>STUDY OF THE PREDISPOSING FACTORS OF OCCUPATIONAL ILL-BEING ON NURSES</i>	9
NUNO ÁLVARO CANECA MURCHO; SAUL NEVES DE JESUS; JOSÉ EUSÉBIO PALMA PACHECO	
SUPERVISÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM ENSINO CLÍNICO: QUE PARCERIAS? <i>NURSING STUDENTS SUPERVISION DURING CLINICAL TRAINING: WHICH PARTNERSHIPS?</i>	19
CATARINA ISABEL GERALDO BORGES	
A EXPERIÊNCIA DO EXERCÍCIO PARENTAL EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA <i>THE EXPERIENCE OF PARENTAL EXERCISE OF FAMILIES OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: A LITERATURE REVIEW</i>	30
VITA MARIA BASÍLIO RODRIGUES	
ÁLCOOL E GÊNERO: UM ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL EM SEGUIMENTO NA EQUIPA DE TRATAMENTO DO SOTAVENTO ALGARVIO DO INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, IP. <i>ALCOHOL AND GENDER: A CHARACTERIZATION STUDY ABOUT THE PATIENTS WITH PROBLEMS RELATED TO ALCOHOL WHO ARE IN FOLLOW-UP BY THE EASTERN ALGARVE TREATMENT TEAM OF DRUGS AND DRUG ADDICTION INSTITUTE, IP.</i>	38
NUNO MURCHO; LURDES LUCAS; SIMONE FERREIRA; NORBERTO DE SOUSA	
A AMAMENTAÇÃO NOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS <i>BREASTFEEDING IN PRETERM NEWBORNS</i>	47
CATARINA ALEXANDRA MARQUES ESCOBAR	
VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA <i>EXPERIENCES OF NURSES FACING AN EMERGENCY SITUATION</i>	57
ANABELA VALENTE CARVALHO; ÂNGELA MARIA CORDEIRO LOPES; MARIA INÊS OLIVEIRA SANTARÉM DUQUE CARREIRA	
O CONCEITO DE EQUIPA NO CONTEXTO DA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM <i>THE CONCEPT OF TEAM IN THE REFORM OF PRIMARY HEALTH CARE IN PORTUGAL: IMPLICATIONS FOR NURSING</i>	65
MARILIA MARIA A. CONCEIÇÃO E NEVES; MARIA TERESA OLIVEIRA S. TANQUEIRO; CRISTINA MARIA F. VERÍSSIMO; MARGARIDA ALEXANDRA CARRAMANHO MOREIRA DA SILVA	
IMPLICAÇÕES NO AUTOCUIDADO ASSOCIADAS A CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO <i>IMPLICATIONS FOR SELF CARE ASSOCIATED WITH PERIPHERAL VENOUS CATHETERS</i>	71
DANIELA VIDAL CORREIA PEREIRA DOS SANTOS; JOÃO MANUEL NASCIMENTO GARCIA GRAVETO; RITA PATRÍCIA DE BRITES ABREU	



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)

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

Águeda Gonçalves Marques, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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

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

Carlos Santos Ferreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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

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

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*

Maria Teresa Calvário Antunes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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

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

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

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

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

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.sinaisvitalis.pt/rie.php

E-mail - suporte@sinaisvitalis.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, um director-adjunto 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 e o director-adjunto. O Conselho Editorial é composto pelo director, director-adjunto da revista, e por outros enfermeiros de reconhecido mérito, competindo-lhes a definição e acompanhamento das linhas editoriais.

EDITORIAL

Todos nós temos sentido os efeitos que a crise económica tem causado no nosso quotidiano pessoal, familiar, social e profissional. Sabemos que não será com a rapidez desejada que esta situação se modificará, mas julgamos que, normalmente, “após a tempestade vem a bonança”, e que esta crise poderá trazer novas oportunidades e desafios no futuro.

Como sabem a RIE, desde o último número editado em Setembro de 2012, passou de formato de papel para formato digital, razão para a qual passou a ser a publicação nº 1, 2ª série. Os motivos prendem-se com diversos fatores, como o aumento exponencial da divulgação do conhecimento científico nos últimos anos, o incremento do uso de novas tecnologias, aspetos ecológicos, a melhoria de resposta na gestão de artigos e, naturalmente, os recursos económicos.

Continuamos a acreditar que esta publicação periódica, que desde o seu início (Fevereiro de 2000) publicou cerca de 200 artigos, de 384 autores, na grande maioria enfermeiros, divulgando a investigação em Enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional, com o contributo duma ficha técnica que zelou pela qualidade, rigor científico e respeito pelos princípios éticos e deontológicos, vai manter a sua missão.

Nestes tempos difíceis, lembremos o esforço e o contributo que se tem realizado para a afirmação da Enfermagem, mas também para a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, para o qual os resultados e as evidências produzidas nos projetos de investigação, que se tem realizado a nível nacional, sejam de cariz académico ou profissional, tem sido fundamentais.

A produção científica sem divulgação não tem significado nem impacto profissional e social. Por isso, e para dar mais oportunidades, a RIE vai continuar a fazer o seu papel, continuando a publicar artigos, não duas vezes por ano, como tem sido, mas trimestralmente.

Entretanto, o Conselho Editorial (CE) teve uma perda indiscutível. O seu Diretor, Professor Doutor Paulo Queirós, o grande impulsionador deste projeto, não vai continuar a dar o seu contributo neste cargo como desejaríamos, com a dedicação, o empenho e o rigor que sempre marcaram a sua participação. Não podemos deixar de lhe agradecer, esperando continuar a manter a sua colaboração a outros níveis.

Cabe-nos agora a nós, e ao novo CE, manter e reestruturar a RIE. Estamos a reiniciar uma nova fase e, em breve, iremos apresentar-vos as mudanças que se irão verificar progressivamente. Vamos empenhar-nos para que esta publicação periódica continue a ser uma referência da Enfermagem a nível nacional, mas também a nível internacional.

Para isso, sem a colaboração dos nossos leitores, autores e colaboradores, sem propostas de novos artigos, isso não será possível. Portanto, força e não deixem de apresentar e divulgar os resultados dos vossos projetos.

Fevereiro, 2013
Arménio Cruz

ESTUDO DOS FACTORES PREDISPOENTES DO MAL-ESTAR OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS

Nuno Álvaro Caneca Murcho⁽¹⁾

Saul Neves de Jesus⁽²⁾

José Eusébio Palma Pacheco⁽³⁾



Resumo

Objectivos: determinar os factores que influenciam o mal-estar ocupacional nos enfermeiros (MEO); e propor um modelo de relacionamento entre estes factores.

Método: é um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado com uma amostra de conveniência de enfermeiros dos hospitais públicos do Algarve (n = 499) realizado através da aplicação de um questionário auto-administrado. As variáveis em estudo são de três tipos: de caracterização psicossocial; de caracterização sociodemográfica; e de caracterização do MEO.

Resultados: as variáveis sociodemográficas não apresentam correlações relevantes ($p < .05$; $r > .3$) com as variáveis de caracterização psicossocial ou do MEO, correlacionando-se todas estas últimas entre si, à excepção da realização pessoal com os sintomas físicos e comportamentais de MEO, a ansiedade, o stress e a depressão; e da despersonalização com a ansiedade. Através da análise das regressões lineares verificamos que as variáveis de caracterização psicossocial são predictoras das variáveis de caracterização do MEO, e que o burnout prediz a depressão.

Conclusão: Os factores de tipo psicossocial influenciam o MEO e o burnout tem influência na depressão.

Palavras-chave: enfermeiros, mal-estar ocupacional, factores psicossociais, factores sociodemográficos.

Abstract

STUDY OF THE PREDISPOSING FACTORS OF OCCUPATIONAL ILL-BEING ON NURSES

Objective: to determine the factors those influences the occupational ill-being (OIB) on nurses; and propose a relationship model between these factors.

Methods: It is a quantitative, descriptive and transversal study with a sample of nurses in the Algarve Public Hospitals (n = 499), conducted by applying a self-administrated questionnaire. The study variables are of three types: psychosocial characterization; sociodemographic characterization; and OIB characterization.

Results: the sociodemographic variables do not present relevant correlation ($p < .05$; $r > .3$) with the psychosocial characterization variables of the OIB, correlating all of these latest among themselves, except personal accomplishment with physical and behavioral symptoms of OIB, anxiety, stress and depression; and depersonalization with anxiety. Through the analysis of the linear regressions we found that the psychosocial characterization variables are predictors of the OIB characterization variables, and that burnout predicts depression.

Conclusion: the psychosocial factors have influence on the OIB and the burnout has influence on the depression.

Keywords: nurses, occupational ill-being, psychosocial factors, sociodemographic factors

Recebido em novembro 2011. Aceite em junho de 2012

⁽¹⁾ Doutor em Psicologia - Especialização em Psicologia da Saúde, Licenciado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Director do Centro de Respostas Integradas do Algarve e Enf. Chefe do IDT (nunalvaro@netcabo.pt).

⁽²⁾ Doutor em Ciências da Educação, Licenciado em Psicologia, Professor Catedrático no Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade do Algarve.

⁽³⁾ Doutor Psicologia - Especialização em Psicologia da Saúde, Licenciado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Algarve.

INTRODUÇÃO

O mal-estar ocupacional surge frequentemente associado ao stress laboral e ao burnout, apresentando todos estes problemas sintomas em comum (Murcho, 2006; 2010; Pacheco & Jesus, 2007; Murcho & Jesus, 2007a; 2007b), os quais podem ser agrupados em sintomas físicos, cognitivos, emocionais e comportamentais (Vaz Serra, 1999; Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

Por outro lado, podemos também dizer que existem outras variáveis associadas ao mal-estar ocupacional, que são a ansiedade, a depressão, a vulnerabilidade ao stress (VS), bem como variáveis associadas ao bem-estar no trabalho, que englobam o envolvimento com o trabalho (ET), a satisfação ocupacional (ST), e o comprometimento organizacional afectivo (COA), encontrando-se todas elas relacionadas entre si, quer de uma forma directa ou de uma forma indirecta (Siqueira, 1995; 2003; Vieira, *et al.*..., 2006; Schaufeli & Buunk, 1996; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Ballone, 2005; Oliveira & Costa, 2006; Vaz Serra, 1999; 2000; Lippl, 2001; Conceição, *et al.*..., 2006).

Assim, e para podermos ter uma intervenção mais eficaz na prevenção dos efeitos do mal-estar ocupacional nos enfermeiros, parece-nos importante o conhecimento dos factores predisponentes deste mal-estar nestes profissionais, bem como da relação existentes entre estes factores.

OBJECTIVOS

Deste modo, realizamos este estudo com os seguintes objectivos: 1) determinar os factores que influenciam o mal-estar ocupacional nos enfermeiros; e 2) propor um modelo de relacionamento entre estes factores.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Da revisão bibliográfica efectuada verificamos que as variáveis de bem-estar no trabalho (que são o COA, a ST e o ET, como já referido anteriormente), actuam como moderadores do mal-estar laboral, na medida em que possibilitam que o trabalhador ao se sentir satisfeito com o seu trabalho se comprometa afectivamente com ele, e com a

organização onde trabalha (Siqueira, 1995; 2003; 2008; Conceição, *et al.*..., 2006).

Considerando a literatura consultada, definimos então os conceitos de bem e de mal-estar no trabalho em enfermeiros, a partir do conceito de bem-estar docente proposto por Jesus (2006), e do conceito de mal-estar docente proposto por Esteve (1992, cit. em Jesus, 2006), dizendo que o bem-estar laboral em enfermagem está relacionado com a motivação e a realização destes profissionais, sendo resultante das competências e estratégias por eles desenvolvidas para enfrentar as demandas e dificuldades colocadas pela profissão, possibilitando superá-las e otimizando o seu próprio funcionamento, enquanto o mal-estar pretende descrever os efeitos adversos das condições desta profissão sobre eles, sendo um conceito amplo que integra conceitos mais específicos, como a insatisfação, o desinvestimento, a desresponsabilização, o desejo de abandonar a profissão, o absentismo, o esgotamento, a ansiedade, o stress, a neurose e a depressão.

No que respeita à relação existente entre o síndrome de burnout e a depressão, mencionamos que apesar dos quadros depressivos ocorrerem em contexto laboral, como uma manifestação deste síndrome, o inverso não parece ser evidente, pelo que não se pode afirmar que o burnout seja uma manifestação da depressão (Bakker, *et al.*..., 2000; Murcho, Jesus & Pacheco, 2009), apesar de, para alguns especialistas, o burnout ainda ser considerado como uma manifestação laboral da depressão (Delbrouck, 2006).

MATERIAL E MÉTODOS

Considerando não só os objectivos que definimos para este estudo, como o enquadramento teórico efectuado, pensamos que existem factores que influenciam o mal-estar ocupacional (MEO) nos enfermeiros, sendo esses factores predominantemente de ordem psicossocial, assim como que o burnout e a depressão são constructos diferentes, embora inter-relacionados. Desse modo, nesta pesquisa procuramos conhecer quais os factores que influenciam o MEO no grupo socioprofissional da Enfermagem, e as relações existentes

entre o burnout e a depressão neste mesmo grupo, designadamente a nível da influência que um pode ter no outro.

Amostra e procedimentos

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, transversal e não experimental. O método de amostragem utilizado foi de conveniência, e o universo deste estudo é o dos enfermeiros e a população de referência para construção da amostra é a dos indivíduos deste universo que trabalham nas unidades hospitalares de maior dimensão do Algarve, respectivamente o Hospital de Faro, EPE, e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

De referir também que este estudo foi previamente autorizado pelas instituições onde o mesmo foi efectuado, e todos os seus participantes deram o seu consentimento para a sua participação, tendo sido previamente informados dos seus objectivos, mencionando-se ainda que foram respeitados os pressupostos éticos e legais relativos a este tipo de pesquisas.

Participantes

A amostra é constituída por 499 enfermeiros, dos quais 292 que trabalham no Hospital de Faro, EPE, e 207 no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, com as seguintes características:

- Dados sociodemográficos – a média (M) de idades é de 32,99 anos, com um desvio padrão (SD) de 9,32 anos (variando entre os 21 e os 59 anos); e a maioria dos participantes são de género feminino (n = 399), e tem como habilitações literárias a licenciatura (n = 365);

- Situação familiar – a maioria dos inquiridos refere não ter filhos (n = 309); e os dois grupos mais representativos, no que respeita ao estado civil, são respectivamente o daqueles que são casados/juntos (n = 240), e o dos que são solteiros (n = 229);

- Situação profissional – o tempo médio de exercício profissional é de M = 9,73 anos (SD = 8,97 anos), variando entre menos de um ano e 37 anos; e o tempo médio de permanência no serviço onde trabalham é de M = 4,49 anos (SD = 4,79 anos), variando entre menos de um ano e 34 anos; a maioria dos respondentes tem um vínculo contratual permanente (n = 292); e refere não ter faltado nenhum dia ao trabalho no último ano (n = 354).

Medidas

As variáveis em estudo são de três tipos: de caracterização sociodemográfica (e.g., idade, género, existência, tempo de serviço, absentismo laboral); de caracterização psicossocial (vulnerabilidade ao stresse, stresse, ansiedade, depressão, comprometimento organizacional afectivo, envolvimento com o trabalho, satisfação no trabalho, e burnout); e de caracterização do mal-estar ocupacional (mal-estar nos últimos 30 dias, e sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho).

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário auto-preenchido de tipo misto (com perguntas fechadas e abertas de resposta rápida), que na parte que respeita a este estudo é constituído por um grupo inicial de 20 questões de caracterização sociodemográfica (que correspondem a 48 itens), e por cinco escalas destinadas a mensurar as variáveis de caracterização psicossocial e do mal-estar ocupacional, que são as seguintes:

- As Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) de 21 itens, Lovibond, e Lovibond, em 1995, na adaptação portuguesa efectuada por Pais Ribeiro, Honrado, e Leal (2004), que é um instrumento de tipo Likert constituído por três subescalas, respectivamente de ansiedade, de depressão e de stresse, de sete itens cada uma e com quatro pontos de gravidade ou de frequência, que variam entre 0 (não se aplicou nada a mim) e 3 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes);

- O Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse, na versão de 23 itens (23 QVS) de Vaz Serra (2000), que uma escala tipo Likert, com cinco pontos, variando entre 0 (concordo em absoluto) a 4 (discordo em absoluto) (possuindo sete subescalas, as quais não trabalharemos neste estudo);

- O Maslach Burnout Inventory (MBI), de Maslach, e Jackson (1981), na adaptação portuguesa para enfermeiros efectuada por Parreira e Sousa (2000), que é uma escala constituída por 22 itens e sete pontos numa escala temporal, que variam entre 0 (nunca) e 6 (todos os dias), e permite a avaliação do burnout experimentado, aqui conceptualizado como variável continua, variando entre o nível baixo, médio, e alto, através da avaliação dos três factores ali considerados – a exaustão emocional (EE), que significa estar emocionalmente

esgotado e exausto com o trabalho; a despersonalização (DP), que se traduz em respostas impessoais e frieza com os utentes/doentes; e a realização pessoal (RP), ou seja, sentimentos a nível da competência e sucesso atingidos;

- O Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionado como Trabalho (ISMERT), de Murcho, et al... (2008), que é uma escala tipo Likert com 38 itens, com seis pontos, variando entre 1 (pouco) e 6 (muito) (possuindo quatro subescalas que não utilizaremos neste estudo);

- A Escala de Mal-Estar Percebido nos Últimos 30 dias (EME 30), com um item (como é que classifica o seu mal-estar nos últimos 30 dias?), e seis pontos, variando entre 1 (pouco) e 6 (muito).

- Os Instrumentos de Avaliação do Bem-Estar no Trabalho, de Siqueira (1995), que englobam as Escalas de Comprometimento Organizacional Afectivo (ECO A), na sua versão reduzida de cinco itens, que é uma escala de tipo Likert, com cinco pontos que variam entre 1 (nada) e 5 (extremamente), Escala de Envolvimento com o Trabalho (EET), com cinco itens, e que é uma escala de tipo Likert de sete pontos que variam entre 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente), e Escala de Satisfação no Trabalho (EST), na sua versão reduzida de 15 itens, que é uma escala de tipo Likert, com sete pontos que

variavam entre 1 (totalmente insatisfeito) e 7 (totalmente satisfeito) (englobando sete subescalas, que não utilizaremos nesta pesquisa).

Relativamente aos níveis de consistência interna, eles foram considerados adequados para medir as variáveis que pretendiam estudar ($\alpha \geq 0,70$, de acordo com Hill & A. Hill, 2002), quer para as escalas, como para generalidade das respectivas subescalas, excepto para a subescala DP da MBI, embora seja de referir que o valor relativamente baixo desta subescala é recorrente noutros estudos onde a MBI foi utilizada (Borges, Argolo, Pereira, Machado & Silva, 2002; Pinto, Lima & Silva, 2003; Murcho, 2006; 2010; Murcho & Jesus, 2007a; 2007b), apesar de este instrumento continuar a ser aquele que melhor avalia o carácter multidimensional do burnout (Borges, et al., 2002).

Os valores apresentados pelas escalas utilizadas neste estudo são os apresentados na tabela 1.

RESULTADOS

As variáveis sociodemográficas não apresentam correlações relevantes ($r > .3$) ou significativas ($p < .05$) com as variáveis de caracterização psicossocial ou do mal-estar ocupacional.

Da leitura e análise da tabela 2, observamos

Tabela 1 – Valores Mínimos e Máximos, Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Instrumentos Utilizados

Instrumento	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>SD</i>	
EADS	499					.92
Subescala de Ansiedade	499	0	16	2,22	2,63	.76
Subescala de Depressão	499	0	18	2,76	3,07	.81
Subescala de Stresse	499	0	20	4,63	3,52	.85
23 QVS	484	2	68	35,33	10,01	.83
Maslach Burnout Inventory						.76
Subescala de Exaustão Emocional	499	0	51	16,93	10,71	.89
Subescala de Despersonalização	499	0	25	4,6	4,60	.65
Subescala de Realização Pessoal	499	12	48	35,18	7,79	.78
ISMERT	499	25	201	76,51	28	.96
ME 30	96	1	6	2,29	1,24	
ECO A	488	5	25	13,32	4,06	.93
Escala de Envolvimento com o Trabalho	493	5	33	15,25	6,67	.87
Escala de Satisfação no Trabalho	493	3	14	10,3	2,23	.85

Nota. EADS – Escalas de ansiedade, depressão e stresse; 23 QVS – Questionário de vulnerabilidade ao stresse (23 itens); ISMERT – Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho; EME 30 - Escala de mal-estar percebido nos últimos 30 dias; ECOA – Escala de comprometimento organizacional afectivo.

que estas últimas se correlacionam entre si, de forma relevante ou significativa, à excepção: dos SMERT que não apresentam relações relevantes com o envolvimento com o trabalho (ET) e a realização pessoal (RP); do mal-estar nos últimos 30 dias, com o ET e a despersonalização; da ansiedade com o comprometimento organizacional afectivo (COA), a satisfação no trabalho (ST), o ET, a despersonalização e realização pessoal (RP); da depressão com o COA, o ET e a RP; do stresse com o COA, o ET e a RP; da vulnerabilidade ao stresse (VS) com o COA, a ST e o ET; do COA com a RP; da ST com o ET e a RP; do ET com a exaustão emocional (EE), a despersonalização e a RP; e da EE e a despersonalização com a RP.

De referir também que o sentido das correlações que mencionamos como sendo relevantes e significativas é negativo para o COA com os SMERT e o mal-estar nos últimos 30 dias, para a ST também com os SMERT e o mal-estar nos últimos 30 dias, assim como com a depressão e o stresse, para a EE e a despersonalização com o COA e a ST, e para a RP com a VS, sendo positivo para as todas as restantes (vide tabela 2).

Verificamos ainda que as variáveis de caracterização do mal-estar ocupacional se correlacionam de forma relevante e significativa com todas as outras variáveis de caracterização psicossocial,

excepto com o ET, em que a correlação existente não é relevante.

Também os SMERT, como já mencionado não se correlacionam de modo relevante com a RP, e o mal-estar nos últimos 30 dias com a despersonalização.

De mencionar que o sentido das relações que são relevantes entre as variáveis de caracterização do mal-estar ocupacional e as variáveis de caracterização psicossocial é negativo relativamente ao COA e ao ST, e positivo para as restantes (vide tabela 2).

De acordo com os resultados das correlações obtidas, mencionados na tabela 2, considerando que não encontramos correlações que fossem relevantes e significativas com as variáveis sociodemográficas, bem como tendo em conta as correlações que observamos entre as variáveis de caracterização do mal-estar ocupacional e as variáveis de caracterização psicossocial, procuramos analisar se estas últimas variáveis seriam predictoras das primeiras.

Assim fomos realizar análises de regressão múltipla, pelo método stepwise, entre os SMERT, o mal-estar nos últimos 30 dias e as variáveis de caracterização psicossocial.

Conforme podemos então verificar na seguinte tabela 3, o modelo que resulta das relação entre os SMERT e as variáveis de caracterização psicossocial, indica-nos que 41% da variação nestes sintomas de mal-estar são explicados pela dimensão do bur-

Tabela 2 – Matriz de Correlações entre as Variáveis de Caracterização Psicossocial ou do Mal-Estar Ocupacional

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 - SMERT	-	.61***	.57***	.59***	.61***	.47***	-.33***	-.32***	-.14**	.65***	.44***	-.28***
2 – ME 30 dias		-	.52***	.53***	.58***	.39***	-.34**	-.39***	-.16	.62***	.3**	-.44***
3 – Ansiedade			-	.64***	.69***	.36***	-.1*	-.24***	-.04	.44***	.27***	-.24***
4 – Depressão				-	.72***	.45***	-.29***	-.34***	-.08	.53***	.41***	-.26***
5 - Stresse					-	.42***	-.25***	-.34***	-.06	.54***	.4***	-.24***
6 - VS						-	-.2***	-.26***	.0	.38***	.31***	-.33***
7 - COA							-	.36***	.41***	-.40***	-.36***	.3***
8 - ST								-	.28***	-.39***	-.31***	.19***
9 - ET									-	-.23***	-.17***	.26***
10 – EE										-	.58***	-.21***
11 – DP											-	-.24***
12 – RP												-

Nota: SMERT – Sintomas de mal-estar relacionado com o trabalho; ME 30 dias – Mal-estar nos últimos 30 dias; VS – Vulnerabilidade ao stresse; COA – Comprometimento organizacional afectivo; ST – Satisfação no trabalho; ET – Envolvimento com o trabalho; EE – Exaustão emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização pessoal

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

nout, EE, e que o conjunto de variáveis psicossociais que são predictoras dos SMERT são a EE, a ansiedade, a VS, o stresse e COA, sendo que esta última variável estabelece uma relação que é negativa.

Tabela 3 – Resultados Obtidos nas Equações de Regressão Múltipla, Efectuadas entre a Medida (SMERT) e as Variáveis de Caracterização Psicossocial

Variáveis predictoras	Medida (SMERT)			
	β	t	R^2	F
Exaustão emocional	.64	26,31***	.41	329,26
Ansiedade	.34	27,36***	.51	241,26
Vulnerabilidade ao stresse	.2	9,66***	.54	181,19
Stresse	.16	9,76**	.55	142,2
Comportamento organizacional afectivo	-.1	8,57**	.56	117,52

Nota. SMERT – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

De acordo com a tabela 4, o modelo que resulta das relação entre mal-estar nos últimos 30 dias e as variáveis de caracterização psicossocial, indica-nos que 36% da variação neste mal-estar é explicado pela dimensão do burnout, EE, e que o conjunto de variáveis psicossociais que são predictoras mal-estar nos últimos 30 dias são as dimensões do burnout, EE, e RP, e o stresse e, sendo de referir que a relação que a RP estabelece neste modelo é negativa.

Tabela 4 – Resultados Obtidos nas Equações de Regressão Múltipla, Efectuadas entre a Medida (Mal-Estar nos últimos 30 Dias) e as Variáveis de Caracterização Psicossocial

Variáveis predictoras	Medida (mal-estar nos últimos 30 dias)			
	β	t	R^2	F
Exaustão emocional	.6	5,34***	.36	51,69
Realização pessoal	-.35	6,23***	.48	42,1
Stresse	.28	4,93**	.54	35,05

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Por outro lado, também verificamos na tabela 2, anteriormente apresentada, que a depressão não se correlaciona de forma relevante com a dimensão do burnout, RP, embora se correlacione com as outras dimensões respectivamente a EE e a despersonalização, pelo que também fomos

analisar a predictibilidade existente entre a depressão e o burnout.

Desse modo, realizamos análises de regressão simples, entre as dimensões do burnout (EE, despersonalização, e RP), com a depressão, e análises de regressão múltipla, pelo método stepwise, entre a depressão e o burnout.

Das análises de regressão simples, observamos que os valores dos coeficientes β estandardizados que obtivemos apesar de serem significativos para todas as dimensões do burnout, somente são relevantes para a EE e a despersonalização, sendo o sentido da sua relação positivo para estas duas variáveis (vide tabela 5).

Tabela 5 – Coeficientes Beta (β) Estandarizados Obtidos através de Equações de Regressão Simples, Efectuadas entre a Medida (Burnout) e a Depressão

Variável predictor	Medida (burnout)		
	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Depressão	.53***	.41***	-.26***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Relativamente às análises de regressão múltipla, observamos na tabela 6, que o burnout no seu todo contribui para 31% da variação da depressão, sendo o sentido da relação das suas dimensões negativo para a RP e positivo para as restantes (EE e despersonalização).

Tabela 6 – Resultados Obtidos nas Equações de Regressão Múltipla, Efectuadas entre a Medida (Depressão) e o Burnout

Variável predictor	Medida (Depressão)			
	β	t	R^2	F
Burnout			.31	75,3***
Exaustão Emocional	.43***	9,28		
Despersonalização	.13***	2,78		
Realização Pessoal	-.14**	-3,62		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

DISCUSSÃO

Este estudo tem como objectivos, tal como referimos, por um lado determinar os factores que influenciam o mal-estar ocupacional nos enfer-

meiros (1), e por outro lado propor um modelo de relacionamento entre estes factores (2).

Uma vez que consideramos que o mal-estar ocupacional é representado pelas variáveis SMERT e mal-estar nos últimos 30 dias, então as relações encontradas sugerem que o mal-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros esteja relacionado com as seguintes variáveis: ansiedade; depressão; stresse; VS; COA; ST; EE; despersonalização; e a RP.

De referir que não encontramos evidências de que a despersonalização se relacione de uma forma relevante ou significativa com o mal-estar nos últimos 30 dias, enquanto a RP não se relaciona com os SMERT. Por outro lado, também observamos que o sentido da relação existente entre estas variáveis e o mal-estar ocupacional, é negativo para o COA, a ST, e a RP, e positiva para as restantes.

Relativamente à relação que encontramos entre as restantes variáveis podemos dizer, de acordo com os resultados obtidos o seguinte: a ansiedade relaciona-se positivamente com a depressão, o stresse, a VS e a EE; a depressão relaciona-se positivamente, para além da ansiedade, com o stresse, a VS, a EE e a despersonalização, e de negativamente com a ST; o stresse relaciona-se positivamente, para além da ansiedade e a depressão, com a VS, a EE e a despersonalização, e negativamente com a ST; a VS relaciona-se positivamente para além da ansiedade, da depressão e do stresse, com a EE e a despersonalização, e negativamente com a RP.

Para as variáveis associadas ao bem-estar no trabalho, observamos que o COA se relaciona positivamente com a ST, o ET, e negativamente com a EE e a despersonalização; a ST relaciona-se positivamente, com o COA como mencionamos, e negativamente com EE e a despersonalização; e tal como já referido, o ET relaciona-se com o COA sendo o sentido da relação positivo.

Por outro lado, observamos também que as dimensões do burnout se relacionam da seguinte forma com as outras variáveis psicossociais: a EE relaciona-se positivamente com a ansiedade, a depressão, o stresse e a VS, e negativamente com o COA e o ST, como já mencionado, para além da despersonalização, sendo o sentido da relação positivo; a despersonalização estabelece as mesmas

relações que a EE, excepto para a ansiedade, em que a correlação verificada não é estatisticamente relevante; e a RP, somente se relaciona com a VS, sendo o sentido da relação negativo.

Estes resultados sugerem-nos que no burnout, a dimensão da RP, pode contribuir para a minimização do mal-estar no trabalho, funcionando no sentido inverso das outras duas dimensões.

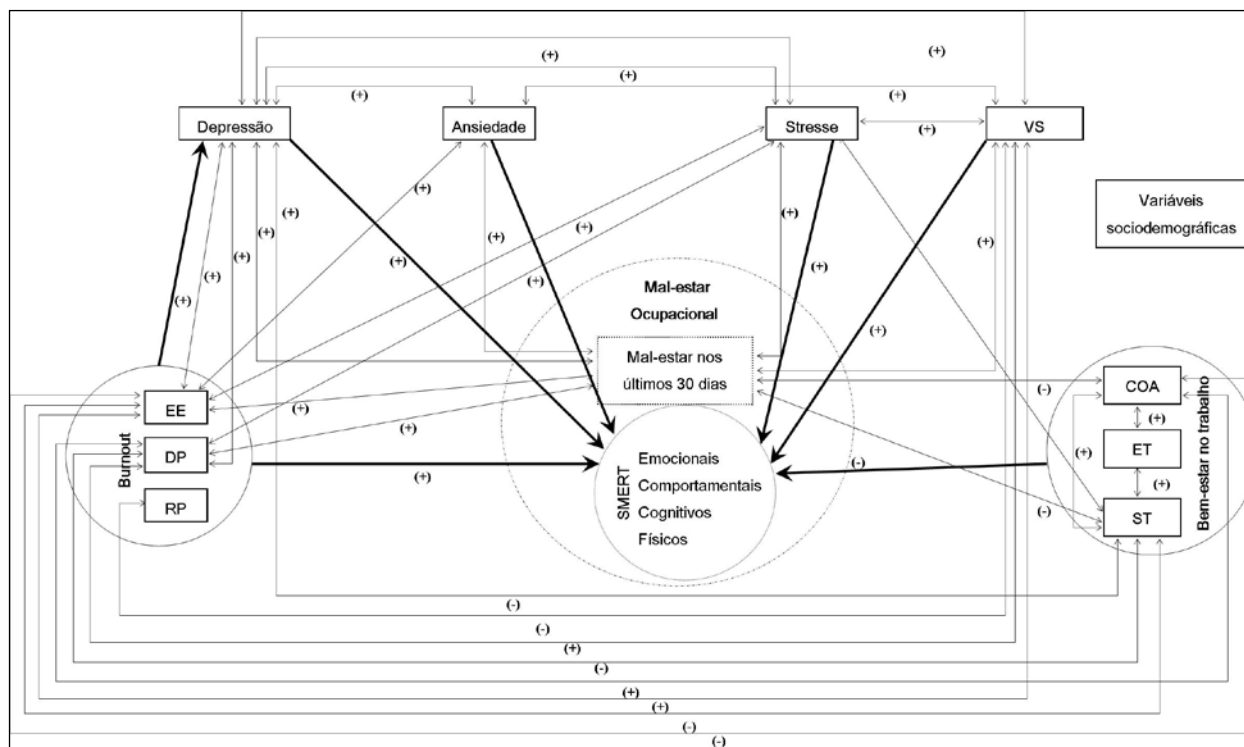
Considerando as relações observadas entre as variáveis em estudo, procuramos verificar se existiriam variáveis psicossociais que em conjunto influenciassem as variáveis de caracterização do mal-estar relacionado com o trabalho, os SMERT e o mal-estar nos últimos 30 dias.

Os resultados obtidos levam-nos a sugerir que os SMERT são influenciados conjuntamente pela dimensão do burnout, EE, pela ansiedade, a VS, o stresse e COA, sendo que esta última variável estabelece uma relação que é negativa, e que o mal-estar nos últimos 30 dias é influenciado conjuntamente pelas dimensões do burnout, EE e RP, e pelo stresse e, sendo de referir que a relação que a RP estabelece neste modelo é negativa.

Podemos ainda dizer que tendo em conta o sentido das relações que temos vindo a mencionar, observamos ainda que a COA, a ST e a RP são as variáveis que neste modelo as variáveis que têm um efeito minimizador quer de forma directa ou indirecta do mal-estar relacionado com o trabalho.

Deste modo, tendo em conta os resultados obtidos, podemos dizer que os factores que influenciam o mal-estar ocupacional nestes profissionais, são factores de ordem psicossocial (stresse, burnout, ansiedade, a depressão, a vulnerabilidade ao stresse, o envolvimento com o trabalho, a satisfação ocupacional, e o comprometimento organizacional), os quais se encontram também relacionados entre si, seja de forma directa ou indirecta, não se encontrando evidências de que os factores sociodemográficos tenham uma influencia que seja relevante ou significativa, do ponto de vista estatístico, o que vem ao encontro da bibliografia consultada (Siqueira, 1995; 2008; Scaufeli & Buunk, 1996; Vaz Serra, 1999; 2000; Lippl, 2001; Margis, et al..., 2003; Ahola, et al..., 2005, cit. em Vieira, et al..., 2006; Ballone, 2005; Conceição, et al..., 2006; Oliveira & Costa, 2006; Murcho, 2006;

Figura 1 – Modelo de representação dos factores de mal-estar relacionados com o trabalho, e suas interacções



Nota. VS – Vulnerabilidade ao stresse; EE – Exaustão emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização pessoal; SMERT – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho; COA – Comprometimento organizacional afectivo; ET – Envolvimento com o trabalho; ST – Satisfação no trabalho.

2010; Murcho & Jesus, 2007a; 2007b; Pacheco & Jesus, 2007).

Por outro lado, verificamos que variáveis como a ansiedade, a depressão, o stresse, a vulnerabilidade ao stresse, a exaustão emocional e a despersonalização, estão relacionadas com o mal-estar ocupacional nos enfermeiros, o que vem ao encontro da definição que tínhamos adaptado para estes profissionais, do conceito de mal-estar docente proposto por Esteve (1992, cit. em Jesus, 2006).

Além disso, também observamos que variáveis como o COA, o ET, a ST e a realização pessoal, estão associadas ao conceito de bem-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros, o que está de acordo com a definição que adaptamos do conceito de bem-estar docente proposto por Jesus (2006), confirmando também a validade do modelo de bem-estar no trabalho proposto por Siqueira e Padovam (2004, cit. em Siqueira, 2008), o qual é

composto precisamente por estas variáveis, vindo ao encontro do que é mencionado a este respeito por Siqueira (1995; 2008) e Conceição, et al... (2006), os quais referem que estas variáveis podem contribuir para minimizar o mal-estar laboral, no sentido em que ao permitirem que o trabalhador se sinta satisfeito com o seu trabalho, o mesmo se compromete afectivamente com o mesmo, e com a organização onde trabalha.

Então, na óptica da Psicologia da Saúde, podemos dizer que as variáveis que identificamos como estando associadas a este mal-estar relacionado com o trabalho são factores de risco para o seu surgimento ou agravamento e as variáveis que estão associadas ao bem-estar são factores de protecção.

Ainda segundo estes resultados, relativamente à relação entre a depressão e o burnout, e conforme é sugerido por alguns dos autores consultados a este respeito, podemos dizer que apesar do burnout

no conjunto das suas três dimensões influenciar a depressão, não encontramos evidências de que a depressão possa influenciar o burnout como um todo, uma vez que somente é predictora da EE e da despersonalização, mas não da RP (Murcho, et al..., 2009). De mencionarmos que mesmo nesta relação, a RP aparenta ter uma função minimizadora do efeito das variáveis que influenciam o mal-estar relacionado com o trabalho, neste caso relativamente à depressão, em que ou não é influenciada pela depressão, ou estabelece uma influencia negativa.

Tendo em conta os aspectos discutidos, apresentamos a seguinte representação gráfica do modelo de relacionamento dos factores em estudo:

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados desta pesquisa concluímos que os factores predisponentes para o mal-estar ocupacional nos enfermeiros são aparentemente de natureza psicossocial, não se encontrando evidências de que estes factores sejam de natureza sociodemográfica.

De referirmos que esses factores podem ser de risco (relativamente ao surgimento ou agravamento do mal-estar relacionado com o trabalho nestes profissionais) ou de protecção, sendo os factores de risco identificados a depressão, o stresse, a vulnerabilidade ao stresse, a exaustão emocional e a despersonalização; e os factores de protecção o comprometimento organizacional afectivo, o envolvimento com o trabalho, a satisfação no trabalho e a realização pessoal.

Por outro lado, também concluímos que a depressão parece ser influenciada pelo burnout, sendo constructos diferentes, e que essas diferenças são estabelecidas principalmente pela realização pessoal.

Considerando então os resultados obtidos e as conclusões desta pesquisa, e no sentido de nos permitir um melhor conhecimento sobre a relação existente entre as diversas variáveis estudadas, quer no grupo socioprofissional da enfermagem, que foi a população alvo desta pesquisa, como com outros grupos socioprofissionais, sugerimos a replicação destes estudos, seja em enfermeiros ou em profissionais de outras áreas de trabalho também sujeitas a potenciais factores de mal-estar,

como médicos, professores, membros de forças de autoridade, bombeiros e pessoal administrativo; bem como a utilização de outras técnicas de amostragem (probabilísticas).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P. M., Hulst, R.V., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 247-268.
- Ballone, G. J. (2005). Depressão e Ansiedade. Consultado em 18 de Setembro de 2007 em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=58&art=185>.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. (2002). O síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 189-200.
- Conceição, H. M. et al... (2006). A influência do líder nos índices de cidadania organizacional dos colaboradores do setor de lavanderia hospitalar. *Revista Negócios e Tecnologia da Informação [on-line]*, 1(2). Consultado em 21 de Dezembro de 2007 em: <http://rnti.fesp.br/viewissue.php?id=2>.
- Delbrouck, M. (2006). Síndromes associadas ou conexas com a exaustão. In M. Delbrouck (Coord.). *Síndrome de exaustão (burnout)* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª. Ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Jesus, S. N. (2006). Psicologia da saúde e bem-estar. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(2), 126-135.
- Lippl, M. E. N. (2001). Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Revista Psicologia Clínica*, 28(6): 347-349.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(suplemento 1), 65-74.
- Murcho, N. A. C. (2006). *Burnout e absentismo laboral em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro.
- Murcho, N. A. C. (2010). *Mal-estar e bem-estar em enfermeiros: levantamento da situação e perspectivas de intervenção*. Tese de doutoramento, Universidade do Algarve, Faro.
- Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2007a). Burnout e absentismo laboral em enfermeiros. *Revista de investigação em Enfermagem*. 15, 56 – 65.
- Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2007b). Absentismo laboral e burnout nos enfermeiros. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp.

321-336). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.

Murcho, N. A. C., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (2008). Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (ISMERT) – um estudo prévio. *Revista de investigação em Enfermagem*, 17, 27-33.

Murcho, N. M., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, saúde & doenças*, 10(1), 57-68.

Oliveira, C., & Costa, E. S. (2006). Stress e ansiedade em períodos de transição. In Isabel Leal, J. L. Pais Ribeiro & S. N. Jesus (Ed.). 6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas (pp. 721-726). Faro: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pacheco, J. E. P., & Jesus, S. N. (2007). Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista investigação em enfermagem*, (16), 32-42.

Pais Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.

Parreira, P., & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23.

Pinto, A. M., Lima, M. L., & Silva, A. L. (2003). Stress profissional em professores portugueses: incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*, 33, 181-194.

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional Burnout. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Ed.). *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). [s.l.]: John Wiley & Sons Ltd.

Siqueira, M. M. M. (1995). Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: a análise de um modelo pós-cognitivo. Tese de Doutoramento, Universidade de Brasília, Brasília.

Siqueira, M. M. M. (2003). Preposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, 7, 165-184.

Siqueira, M. M. M. (2008). Modelo teórico de bem-estar no trabalho e instrumentos de avaliação. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques. 7º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas (pp. 471-474). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Vaz Serra, A. (1999). O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Autor.

Vaz-Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 20(4) : 279-308.

Vieira, I., Ramos, A., Dulcéa, M., Bucasio, E., Benevides-Pereira, A. M., Figueira, I., & Jardim, S. (2006). Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 352-356.

SUPERVISÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM ENSINO CLÍNICO: QUE PARCERIAS?

Catarina Isabel Geraldo Borges⁽¹⁾



Resumo

O presente estudo enquadra-se na área da Supervisão do desenvolvimento dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. As suas principais preocupações centram-se nas vivências e representações dos respectivos enfermeiros tutores no decorrer deste processo, em particular no que diz respeito às parcerias.

É um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa e encontra-se organizado em duas partes que se complementam. Na primeira parte é realizado um enquadramento teórico da problemática em estudo englobando uma revisão da literatura sobre a formação e aprendizagem em ensino clínico, a supervisão da aprendizagem clínica e a parceria como suporte da formação. Os dados foram recolhidos através de entrevista semi-estruturada realizada a doze enfermeiros tutores de um mesmo hospital onde decorrem ensinos clínicos de enfermagem. Após a transcrição daquelas procedemos à análise dos dados com o apoio do programa ATLAS.ti 5.0. Desta análise emergiram as seguintes áreas temáticas: representações e vivências dos tutores relativamente ao processo de supervisão em ensino clínico; a articulação entre as componentes curricular e prática; desenvolvimento de competências em ensino clínico; valorizações dos supervisores; a prática da organização dos ensinos clínicos; intervenção dos diferentes actores; parcerias institucionais na supervisão dos ensinos clínicos.

Os resultados obtidos sugerem que, na opinião dos tutores, a supervisão em ensino clínico é um processo enriquecedor, instigador de desafios pessoais e profissionais, ao qual apontam, contudo, inúmeras falhas que vão desde a falta de comunicação entre os intervenientes no mesmo, à escassez de formação proporcionada aos tutores. Segundo os mesmos, os estudantes apesar de valorizarem os conteúdos práticos, apresentam dificuldade em transpor os conhecimentos que detêm para a prática. São referidas as competências valorizadas pelos tutores assim como as estratégias que os mesmos utilizam para o seu desenvolvimento. A criação de parcerias é apontada como uma alternativa na melhoria de todo o processo supervisivo. A par desta análise crítica são partilhadas visões próprias e apresentadas sugestões como por exemplo investigações conjuntas envolvendo profissionais das escolas e das instituições de saúde.

Palavras-chave: supervisão, ensino clínico, formação, tutores, parcerias

Abstract

NURSING STUDENTS SUPERVISION DURING CLINICAL TRAINING: WHICH PARTNERSHIPS?

The following study is an overseeing about the development of nursing students in clinical training. Their main concerns focus on the experiences and representations of nurses, their tutors during this process, particularly with regard to partnerships.

It is a descriptive study with a qualitative approach and is structured in two parts that complement each other. In the first part it is accomplished a literature review regarding training and learning within the clinical teaching, the supervision of the clinical learning and partnership as a support of training.

In the second part, information was collected throughout a semi-structured interview done to twelve tutorial nurses of the same hospital where clinical teaching of nursing is taking place. After the interviews transcription, all information was evaluated with the help of the program Atlas.ti ver.5.0.

This study enhances themes such as: representations and experiences lived by the tutors with reference to the process of supervision in clinical studies; an interaction between the curricular and practical components; the development of skills within the clinical teaching; the ranking of supervisors; the accomplishment to organize the clinical teaching; the involvement of the different participants; institutional partnership in the supervision of clinical teaching.

Results suggest that, according to the tutor's opinion, clinical practice supervision is a very enriching process that enhances personal and professional qualities, however, several gaps were verified, such as lack of communication between the elements involved, and insufficient training provided to the tutors. According to them, despite the fact that students value the practical contents, they show difficulties transposing theory into practice.

These skills are valued by tutors as well as the strategies that they use for their development. The creation of partnerships is highlighted as an alternative in the improvement of all the supervisory process. Alongside in this review is included shared own views and suggestions such as joint investigations involving both school and health institutions professionals.

Keywords: Supervision, clinical learning, training, tutorial nurses, partnerships.

Recebido em março 2011. Aceite em junho de 2012

⁽¹⁾ Licenciada em Enfermagem; Mestre em Supervisão Clínica; Enfermeira dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

INTRODUÇÃO

Temos assistido nas últimas décadas a inúmeras transformações científicas, tecnológicas, económicas e políticas nas diferentes áreas socioeconómicas, próprias de uma sociedade em permanente mutação, obrigando a uma constante readaptação. A enfermagem não é excepção, muito pelo contrário, a sua trajectória identitária tem-se transformado *“num processo contingente e estratégico em que se destacam (...), a valorização crescente das diferentes dinâmicas de formação que se articulam ao longo dos percursos de vida dos enfermeiros”* (Abreu 1997: 149).

Partindo da concepção que uma formação que se reduza à transmissão de saberes não envolve o estudante no processo formativo e desfavorece a produção de conhecimento, a questão, actualmente, coloca-se na produção de dinâmicas de mudança que ponham em causa as relações dos profissionais com o saber e com o exercício profissional, confrontando a formação e as técnicas formativas com problema de como preparar hoje o profissional de amanhã (Alarcão, 2005; Belo, 2003; Sá-Chaves, 2007).

A formação em enfermagem, nomeadamente a formação inicial, tem uma forte ligação ao contexto de trabalho, dado o carácter clínico da profissão, daí que as mudanças ocorridas nesta área sejam reflexo da sociedade em geral. Por sua vez, o ensino clínico, considerado por muitos a essência da aprendizagem do aluno, logo o cerne da formação em enfermagem, tem estado também sujeito a permanentes transformações que conduzem à necessidade de pensar e repensar o processo formativo (Carvalho, 2003).

Segundo Abreu (2003), o investimento no acompanhamento das aprendizagens clínicas surgiu associado à necessidade de problematizar a formação e de promover a qualidade dos cuidados de saúde disponibilizados aos utentes.

A orientação dos estudantes de enfermagem tem sido um tema abordado em diversas investigações que se têm multiplicado nos últimos anos. O debate sobre a supervisão em enfermagem tem vindo, assim, a ganhar consistência entre os teóricos e os profissionais de enfermagem, nas últimas duas décadas. Sendo um processo complexo, são

diversas as problemáticas que suscitam interesse e constituem a base de muitos estudos que se têm realizado nesta área.

Esta complexidade testemunhada pela experiência profissional, associada à compreensão do ensino clínico como um momento privilegiado de aprendizagem e desenvolvimento do estudante e dos próprios profissionais que o supervisionam, despoletou em nós o desejo de analisar as relações que se estabelecem entre os diferentes actores envolvidos na supervisão dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Várias questões orientaram desde o início a nossa pesquisa a partir das quais traçámos objectivos. O nosso intuito é caracterizar as experiências dos tutores no processo de supervisão dos ensinos clínicos de enfermagem, procurando indicar dimensões estruturantes para o estabelecimento de parcerias entre as instituições envolvidas neste processo e os actores que as representam.

Deste modo, através de um estudo descritivo, centrámos a nossa atenção no processo de colaboração entre os actores das duas entidades específicas envolvidas nos ensinos clínicos – escola superior de enfermagem e instituição prestadora de cuidados de saúde, com o intuito de analisar as vivências dos tutores.

Procurando dar conta de um percurso de investigação relativo à problemática definida, este artigo inclui inicialmente alguns aspectos teóricos, concretamente conteúdos relacionados com a supervisão, desde a importância que os ensinos clínicos assumem na formação dos estudantes, à cooperação e partilha das responsabilidades dos supervisores, considerando a criação de parcerias e, posteriormente apresentamos a metodologia e a análise e discussão de alguns dados colhidos, terminando com algumas conclusões e sugestões.

FORMAÇÃO E APRENDIZAGEM CLÍNICA

A formação constitui-se como um processo que, tendo como desígnio o desenvolvimento do indivíduo, vai desde a apropriação de saberes à integração reflexiva desses mesmos saberes na prática, não se reduzindo por isso à aquisição de conhecimentos ou técnicas (D'Espiney, 1999; Alarcão, 2005).

São colocadas à Enfermagem, enquanto grupo sócio profissional, novas expectativas e responsabilidades relacionadas não só com a prestação directa de cuidados como com a estrutura e organização das instituições e sistemas de saúde, a que não é alheio o seu processo de formação, cada vez mais exigente e diferenciado (Abreu, 2001). Do mesmo modo, e em analogia com o que acontece noutras áreas, são constantemente produzidos e divulgados conhecimentos que alteram, ou até mesmo contrariam, outros já adquiridos, o que conduz ao que Garrido (2004) apelidou de *convicção de desactualização permanente*. Esta produção universal de conhecimentos associada à necessidade de reconstrução pessoal dos saberes conduz ao *princípio de inacabamento* que, por sua vez, remete para a necessidade de constante actualização (Sá-Chaves, 2007).

Neste encadeamento, reforçamos a importância de pensar a formação. Conscientes da impossibilidade de saber tudo, do reconhecimento da ignorância, devemos procurar fortalecer o saber profissional em vez de nos entregarmos ao seu enfraquecimento e desvanecimento.

No que concerne à formação inicial em enfermagem, a construção dos alicerces passa pela aquisição de um conjunto de conhecimentos (desde os científicos aos culturais) de índole teórica e/ou prática proporcionando o desenvolvimento de *“habilidades, competências e capacidade de inovação e de análise crítica”* inerentes ao exercício profissional (Fonseca, 2004: 38). É a partir destas bases que o estudante irá procurar responder aos problemas reais e inesperados do dia-a-dia. Deste modo, é lícito inferir que a qualidade das respostas dadas (cuidados prestados) e a aprendizagem a partir das experiências vividas, dependem da *bagagem* de cada um (Andrade, 2005).

Deste modo, é através da prática que o estudante, além de o aprofundar, ultrapassa o conhecimento meramente teórico, vai descobrindo quais as respostas adequadas a dar às situações imprevisíveis com que se depara no exercício da actividade profissional. A prática e os contextos onde ela se desenvolve conduzem, assim, à criação de um conhecimento específico (Braga, 2007; Fonseca, 2004).

Importa, contudo, realçar que *“não é a prática*

que ensina: é a reflexão sobre a prática” (Kenneth Zeichner citado por Sá-Chaves, 2008). Os estudantes devem, com o auxílio dos formadores, desenvolver um pensamento crítico que lhes permita encontrar o significado de cada situação e seleccionar estratégias de actuação adequadas.

A enfermagem constitui-se como uma ciência com conhecimento específico influída e com influência na prática. Os profissionais são permanentemente confrontados com situações inesperadas, complexas e problemáticas que exigem a mobilização imediata de competências que permitam dar uma resposta rápida, eficiente e adequada. Esta complexidade exige uma adaptação permanente, daí que os modelos formativos devam promover a mobilização e integração de diversos saberes, desde *“o saber, o saber-fazer, o saber-ser, o saber-aprender, [ao] saber transformar”*, inculcando uma postura interventiva dos diversos actores envolvidos no processo (Vidinha, 2004: 4).

O exercício profissional requer um conjunto de saberes de diversas ordens que, no seu quotidiano, terão de ser mobilizados. Esses conhecimentos *“resultam da investigação e da reflexão produzidas no seio da ciência”* e da prática e da reflexão sobre a mesma (d’Espiney, 1999: 12).

Esta reflexividade deve ser fomentada desde o início do processo de formação, para que o estudante, enquanto tal e futuramente como enfermeiro, seja capaz de pensar criticamente sobre a profissão e toda a complexidade envolvente. A aprendizagem a partir da experiência e a consentânea transformação em saber, implicam não só tomar a prática como ponto de partida mas também constitui-la como objecto de reflexão. Assim, a reflexão ergue-se como um elemento central do processo formativo, o que em profissões com um carácter profundamente prático, como a enfermagem, contrai uma peculiar relevância (Ibidem).

O processo de formação deverá então assentar numa pedagogia de aprendizagem centrada no estudante, impondo uma responsabilização e empenho de todos os actores que nele intervêm. O desafio lançado aos formadores *“não é o de esculpir cérebros bem moldados mas o de contribuir para a plasticidade destes cérebros, para a sua permeabilidade, a fim de lhes permitir uma aber-*

tura constante às “coisas da vida”, à singularidade dos outros” (Hesbeen, 2001: 67).

Encaramos assim, em consonância com diversos autores, a formação em enfermagem como um processo sistemático de desenvolvimento, que pressupõe o empenho individual ou em grupo, dos profissionais ou futuros profissionais, no sentido de adquirir ou aperfeiçoar competências e conhecimentos, ampliando a sua capacidade de intervenção profissional e contribuindo para afirmação e desenvolvimento da profissão. Reflectir a prática e produzir saber deve constituir uma constante e um modo de estar na profissão incutido desde o início da formação.

Fomenta-se assim um novo paradigma educacional onde a ciência conjugada com a técnica e a arte interligam a teoria e a prática, promovendo um profissionalismo inteligente e flexível, que mobiliza as virtudes criativas dos indivíduos. Este percurso só será possível com a colaboração dos diferentes actores, passando pela criação de parcerias intra e inter-institucionais (Arco, 2003; Carvalho, 2003, Fonseca, 2004).

SUPERVISÃO DA APRENDIZAGEM CLÍNICA

A formação em enfermagem remete para a *“apropriação de saberes teóricos e práticos, que se reflectem, na qualidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade, na responsabilidade e autonomia dos cuidados de enfermagem patente na estrutura curricular do curso e no grau académico que lhe é conferido”* (Fonseca, 2004:39).

Defendemos uma concepção de aprendizagem que coloca o formando no centro do processo reconhecendo-lhe a capacidade de induzir e de intervir não só na sua transformação pessoal como também do meio complexo que o envolve. Neste sentido, o acto de aprender é apreciado como voluntário e intencional. Segundo Sá-Chaves (2007: 180), *“ninguém forma ninguém se o alguém em formação, ele próprio, não se implicar activamente no processo”- princípio da auto-implicação*. Do mesmo modo, e segundo a mesma autora, ninguém se poderá formar sozinho, por mais elevado que seja o grau da sua implicação.

Todo este percurso identitário e estruturante deve ser norteado com especial relevância nos anos da formação inicial. É neste contexto que se insere a importância da supervisão da formação dos ensinos clínicos que norteia todo o trabalho por nós desenvolvido.

Ao contrário da visão dicotómica muitas vezes atribuída (e sentida) entre os saberes teóricos e os saberes práticos, o assomar de um novo paradigma formativo fomenta uma dinâmica de interacção, complementaridade, construção e reconstrução do conhecimento, assim como a sua integração e transformação promovida pela prática.

É no desenvolvimento de todo este trabalho que surge a supervisão dos ensinos clínicos como um processo mediador e de suporte das aprendizagens, fundamentado no acompanhamento e orientação sistemáticos e permanentes dos estudantes (Abreu, 2003).

A supervisão define-se então como *“o processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o aluno no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação”* (Franco, 2000: 33).

Decorrente desta conceptualização, a supervisão surge como um processo cuja principal função passa por *“fomentar ou apoiar contextos de formação que, traduzindo-se numa melhoria da escola, se repercutem num desenvolvimento profissional dos agentes educativos (...) e na aprendizagem dos alunos que nela encontram um lugar, um tempo e um contexto de aprendizagem (...)”* (Alarcão, 2001: 19).

As mudanças nas funções e responsabilidades dos professores das ESE, nomeadamente a diminuição da carga horária disponível para a orientação dos alunos em estágio, devido à atribuição de outras funções para além desta e da leccionação das aulas, vieram provocar alterações no processo de supervisão dos ensinos clínicos. Os enfermeiros dos serviços foram assim assumindo progressivamente esta função (Franco, 2000), colaborando com os professores.

Deste modo, passaram então a estar envolvidos neste processo três actores: o estudante, o

professor enfermeiro e o enfermeiro do serviço. Este último assume, desta forma, o papel de tutor orientando a aprendizagem dos formandos, promovendo o desenvolvimento e consequentemente a socialização destes.

O tutor é então uma entidade reconhecida, com uma enorme responsabilidade pedagógica e social, que desempenha um papel de inegável importância no processo de desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, ajudando-o a completar ou aprofundar a sua formação (Cabrito, 1994; Carvalho, 2003).

Deste modo, os ensinamentos clínicos na formação inicial em enfermagem devem tornar-se momentos relevantes, imprescindíveis e importantes, proporcionando ao aluno oportunidades para se desenvolver em todas as dimensões da vida profissional. A supervisão deve ser então entendida por todos os actores envolvidos como um processo de natureza *regulatória e auto-regulatória* cujo objectivo primordial é o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante promovendo a qualidade das aprendizagens (Oliveira, 2007).

O sucesso de todo este complexo processo que envolve *“formação, suporte profissional, desenvolvimento do sentido de responsabilidade e focalização na segurança dos cuidados, exige a intervenção de profissionais com preparação específica”* (Abreu, 2007: 185 citando DoH, 1993).

O tutor deve então ser capaz de estar envolvido na supervisão dos estudantes, avaliar as práticas e analisar actividades em contexto que possam constituir-se como facilitadoras do desenvolvimento de competências, promovendo a construção do saber na e para a acção fomentando a aproximação entre a teoria e a prática. Deve ainda, contribuir para a criação de uma relação pedagógica que funcione como impulsionadora de um desenvolvimento global, positivo e harmonioso do estudante, facilitando o aperfeiçoamento das competências pessoais, relacionais, cognitivas e técnicas.

Por seu lado, os professores, como representantes directos das escolas, devem *“atender às valorizações do papel de orientador clínico geradas no micro-sistema da aprendizagem clínica e organizar o processo de formação tendo em conta as Organizações de saúde / Escolas, a relação teoria*

/ prática de enfermagem e por último, a relação entre enfermeiros / professores”. Desta forma, teremos um conjunto de profissionais com objectivos específicos mas complementares que, no fundo, se fundem num *“objectivo último e comum que é formar enfermeiros competentes, capazes de responder às mudanças sociais, políticas e culturais da nossa sociedade”* (Carvalho, 2003: 157).

A PARCERIA COMO SUPORTE PARA A FORMAÇÃO

A formação envolve diversas problemáticas que, por sua vez, lhe conferem uma enorme complexidade. A articulação entre as várias instituições envolvidas assume, neste contexto, especial relevância pelo impacto que tem directamente no sucesso de todo o processo.

Se houver articulação e complementaridade entre a formação desenvolvida nos dois espaços formativos, desenvolver-se-á um conhecimento contextualizado, com lugar não só à aquisição de novos conhecimentos como à consolidação dos já existentes (Andrade, 2005). Desta forma o trabalho desenvolvido pelos profissionais irá complementar-se e completar-se. É neste contexto que o recurso a parcerias assume uma importância primordial.

O estabelecimento de parcerias na formação de estudantes de enfermagem, mais precisamente na sua supervisão em ensino clínico, conduz *“a uma nova forma ética de entender as relações entre o mundo do trabalho e o mundo da escola, valorizando-se a reciprocidade, as relações de confiança, de respeito, assim como a responsabilidade mútua dos parceiros...”* (Andrade, 2005: 55), daí que se torne premente promovê-las.

Segundo Abreu (2003: 50), *“a colaboração entre as instituições de ensino e as de prestação de cuidados é um processo estruturante da formação dos enfermeiros”*, dos docentes e dos próprios estudantes, acrescentaríamos.

Temos, contudo, a consciência de que a implementação de parcerias é um processo por vezes complexo, acarretando determinadas problemáticas que têm que ser ultrapassadas. Se, por um lado, temos as escolas de enfermagem como *“intuições credíveis na dimensão de saberes”*, por

outro, temos os serviços de saúde “*como locais de práticas e acção*” (Belo, 2003: 19). Para superar estas questões “*os actores envolvidos têm que desenvolver novos papéis e estabelecer relações diferentes com parceiros que têm finalidades diferentes*” (Mazalon, 1997).

Para isso, Correia (1995) defende que as escolas devem relacionar-se com os contextos de trabalho e os sistemas de formação devem ser cada vez mais permeáveis à lógica da prática para que assim se possam tornar qualificantes. Conhecendo melhor a realidade, a escola identificará os problemas e poderá fazer uma aproximação entre os conteúdos programáticos e os problemas mais sentidos na prática.

Neste contexto, Bento (1997), no seu livro “*Cuidados e Formação em Enfermagem – Que Identidade?*”, defende que uma maior interpenetração entre docência e exercício profissional proporcionarão ao ensino de enfermagem relevância e adequação da disciplina face às necessidades dos formandos. A autora realça ainda a importância de, no processo de formação, haver espaço não apenas para observar como também questionar, analisar e reflectir sobre a própria prática e a dos outros. “*Na nova perspectiva de formação em enfermagem, o trabalho em equipa constitui-se como o núcleo central*” (Carvalho, 2003: 56). Importa então reflectir, debater e definir os moldes em que essa colaboração deve assentar.

Carvalho (2003: 175) considera que para “*haver concordância entre o modo como se entende que devem ser os cuidados de enfermagem e o modo como se percebe a sua prestação e a formação de novos profissionais*”, é fundamental que a colaboração entre as escolas e as IS seja sistematizada e organizada. Contudo, concordamos com o autor quando este diz que será um processo difícil e moroso, com avanços e retrocessos, mas continuamos a encará-lo como o melhor caminho.

Nesse sentido, a mesma autora propõe “*reforçar o trabalho de colaboração Escola / Organizações de Saúde*” o que, na sua opinião passará por uma maior inserção dos enfermeiros “*nas diferentes fases de planeamento do ensino clínico, [pela] inclusão dos professores nas discussões dos problemas dos serviços de saúde [e pelo debate] com*

os enfermeiros no sentido destes perceberem e interiorizarem a importância deste seu papel na formação de enfermeiros” (Carvalho, 2003: 176).

A colaboração entre escolas e serviços de saúde, no âmbito da orientação em parceria, deve constituir um “*estímulo para unir o que de melhor existe, quer em cada um dos espaços de formação, quer em cada um dos orientadores dessa formação*” (Carvalho, 2003: 62). A escola deve ultrapassar “*as margens estreitas do seu isolamento, para, em conjunto com os enfermeiros da prática, recriar a sua identidade e as suas práticas*” (Andrade, 2005: 56).

METODOLOGIA

Partindo das nossas vivências e consequentes preocupações enquanto tutores, assim como da tomada de consciência relativamente à importância e às problemáticas do processo de supervisão dos ensinos clínicos de enfermagem, definimos como tema do nosso trabalho o “*processo de colaboração na formação dos estudantes em ensino clínico*”, centrando o estudo empírico na caracterização das experiências dos tutores no processo de supervisão dos mesmos.

Neste contexto, surgiram-nos algumas questões que acabaram por nortear o nosso estudo: a) Que representações possuem os tutores relativamente ao processo de supervisão dos EC de enfermagem?; b) Que importância atribuem os tutores à formação específica em supervisão?; c) Qual a articulação estabelecida entre o tutor e o docente da ESE ao longo do processo de supervisão dos EC?; d) Qual a relevância atribuída pelos tutores à criação de parcerias interinstitucionais no âmbito da supervisão dos EC?

Na procura de respostas a estas questões desenvolvemos um estudo descritivo, sendo que, no que respeita à metodologia, a nossa opção recaiu numa abordagem qualitativa.

Participantes no Estudo

De acordo com os objectivos que nos havíamos proposto atingir, e tendo por base estes pressupostos, avançamos para a definição de um critério geral em que os participantes no nosso estudo teriam

de se inserir: “*Enfermeiros em exercício da profissão que cooperem na supervisão dos estudantes de enfermagem em ensino clínico*”.

De seguida, tendo presente o foco de investigação proposto e a estratégia de colheita de dados que decidimos utilizar, a precisão de determinar os critérios de inclusão dos participantes no estudo levou-nos a tomar um conjunto de decisões.

Deste modo, restringimos os participantes aos enfermeiros das unidades de internamento dos serviços de medicina dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). Esta opção prendeu-se com a tentativa de manter alguma uniformidade relativamente aos contextos dos ensinos clínicos e, simultaneamente, não o reduzir uma vez que na referida instituição existiam, na altura, quatro serviços de medicina.

Pelas razões já referidas decidimos delimitar o número de participantes a doze enfermeiros tutores distribuídos equitativamente pelos quatro serviços – três elementos de cada, sendo que teriam de ter sido tutores de estudantes em ensino clínico pelo menos nos últimos três anos.

Consequentemente, os participantes no estudo distribuem-se equitativamente no que diz respeito ao género, 33,33% têm entre 25 e 30 anos de idade, 50% têm como habilitações licenciatura em enfermagem, a maior percentagem (58,33%) são enfermeiros graduados, 41,67% têm entre 11 e 15 anos de exercício profissional e 66,67% supervisionaram mais de 5 ensinos clínicos.

Estratégias de colheita de dados

Elegemos a entrevista como a técnica para a colheita de informação, por considerarmos a mais adequada e que melhor poderia servir os nossos propósitos. Tendo em conta o objecto de estudo e os participantes, optámos pela entrevista semi-estruturada. Os dados então colhidos foram analisados, organizados e divididos em unidades manipuláveis, de forma a torná-los compreensíveis (Streubert e Carpenter, 2002). Neste processo contámos com o auxílio do programa Atlas.ti 5.0 que nos permitiu apreender e aceder aos dados de uma forma mais sistemática.

Assim, o nosso *corpus* de análise é constituído por toda a informação presente nas doze entrevistas realizadas, após as correspondentes trans-

crições. A informação então recolhida foi tratada aplicando a técnica de análise de conteúdo.

RESULTADOS / DISCUSSÃO

Foram diversos os temas analisados, a partir dos quais foi possível identificar domínios e posteriormente categorizar os dados. Procurando facilitar a respectiva análise e interpretação, apresentaremos alguns resultados relacionando-os com os mesmos.

• Representações dos tutores relativamente ao processo de Supervisão em EC

No que diz respeito às vivências dos tutores, em termos gerais todos os entrevistados apreciaram a supervisão como uma **experiência gratificante**, com doze unidades de enumeração (12 UE), considerando-a uma **experiência enriquecedora** em termos pessoais e profissionais, estimulando o desenvolvimento dos próprios tutores. Não obstante esta avaliação, a supervisão foi também descrita como uma **experiência trabalhosa** (3 UE) e encarada como **uma função importante** (2 UE), como documentam as seguintes unidades de registo exemplificativas:

“...tem sido uma experiência boa para mim, em termos pessoais tem sido benéfica e tem sido enriquecedora...” (E10).

“...é uma experiência em que exige muito do profissional de saúde, em que nós temos que nos dedicar muito...” (E12).

“...é uma função importante; acho que alguém tem que a fazer, alguém tem que desempenhar esta função...” (E7).

Partindo da análise do conteúdo das entrevistas verificámos que os tutores desempenham esta função com satisfação, encarando-a mesmo como um desafio pessoal e profissional no qual se empenham. Consideramos este aspecto extremamente importante pois acreditamos que quando as pessoas gostam daquilo que fazem e sentem prazer no desempenho das suas funções, transmitem mais facilmente e com maior eficácia a sua mensagem.

Quando questionados sobre os desafios que o processo de supervisão pode colocar obtivemos referências à **contribuição** que o tutor tem na for-

mação de novos enfermeiros (6 UE); à preocupação e necessidade do tutor se **manter actualizado** (6 UE); o **desempenho de várias funções em simultâneo** foi também apontado como um desafio com o qual os tutores se deparam na supervisão dos ensinamentos clínicos (4 UE).

Relativamente à formação em supervisão, foi considerada por todos os participantes como importante, reconhecendo contudo que a maioria dos tutores não terá essa mesma formação e responsabilizam principalmente as instituições envolvidas no processo supervisivo dos ensinamentos clínicos por essa lacuna.

Pensamos que apesar desta necessidade de formação ser igualmente recomendada pelos teóricos e sentida pelos tutores, ainda não adquiriu o estatuto devido. Verificámos que a maioria dos tutores entrevistados consideram que deveria ser a escola e/ou instituição de saúde a promover e possibilitar essa mesma formação. Talvez seja o desencontro de opiniões a este nível que faça com que muitos tutores não tenham formação específica embora a considerem importante. Lançaríamos assim a mesma questão, agora dirigida aos responsáveis pelas referidas instituições: *De quem deve ser a responsabilidade da formação específica em supervisão?*

No que respeita à interacção entre os diversos intervenientes no processo de supervisão, a maioria dos tutores consideram que **a interacção** que se estabelece **depende dos intervenientes** (5 UE); na opinião de quatro tutores **existe pouca interacção** entre os actores intervenientes; segundo dois participantes **a interacção** que se estabelece **envolve mais o tutor e o estudante** ficando o docente mais afastado; um dos tutores entrevistados considera que se estabelece uma **verdadeira interacção** entre os intervenientes do processo supervisivo.

• *Desenvolvimento de competências em ensino clínico: valorizações dos supervisores*

Este tema permitiu analisar o desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem em ensino clínico, na óptica do tutor.

No que diz respeito aos aspectos mais valorizados pelo tutor no desenvolvimento do estudante

em ensino clínico identificámos quatro categorias: a **capacidade reflexiva** é a menos enumerada, tendo sido referida por três participantes; seguem-se as **competências técnicas e científicas** que foram enumeradas por cinco tutores; depois, com o mesmo número de unidades de enumeração (8 UE) surgem as **competências pessoais e relacionais**, a **postura e identidade profissional**, e um conjunto de outros aspectos, com menor expressão que agrupámos na categoria **outras**.

Relativamente às estratégias utilizadas pelo tutor no desenvolvimento das competências que os mesmos valorizam, a **reflexão** é a mais referenciada (8 UE), a categoria **diálogo e questionamento** reúne as menções de quatro tutores e com três unidades de enumeração surge a **autonomia progressiva**.

Estas são algumas das estratégias identificadas pelos teóricos como benéficas para o desenvolvimento do estudante pois estimulam não só o seu raciocínio clínico, fomentando o pensamento e espírito críticos, como também o responsabilizam pelas suas acções e desempenho.

Relativamente à concordância entre as competências valorizadas pelo tutor e pelo docente, a maioria dos tutores (7 UE) considera que **tutor e docente valorizam as mesmas competências**, contudo os restantes participantes têm reservas no que respeita a essa concordância. Acreditamos que este facto se pode dever à falta de comunicação entre os supervisores, também referida a propósito de outras questões abordadas.

No domínio da discussão dos conteúdos e respectiva avaliação estabelecemos duas categorias que representam, na opinião dos entrevistados, esta questão. A maioria dos tutores (8 UE) considera que **há discussão conjunta**:

“Sim, são feitos com ele momentos de discussão, com o aluno - tutor, aluno- tutor-docente e tutor - docente, nomeadamente naquilo que concerne aos dossiers de aprendizagem, ... aos estudos de caso, ou em relação às fichas que os alunos fazem; há de facto uma discussão em conjunto” (E8).

Os restantes quatro tutores que participaram no estudo referem que **a discussão é mais entre o tutor e o estudante**:

“Isso depende muito do docente e às vezes da disponibilidade dele. Mas eu, por norma, costumo

fazer, logo á partida, com o aluno, pronto; quer a discussão do plano de estágio, quer depois a avaliação do mesmo com base nos objectivos e nos conteúdos formativos; ... e depois, claro, há sempre uma reunião nomeadamente no fim...em que estamos os três, eu, aluno e docente...” (E12).

Neste seguimento, reiteramos a crença de que a interação e comunicação que se estabelece entre todos os intervenientes influenciam directamente o sucesso de todo o processo. Vários autores têm alertado para a importância de uma adequada comunicação e colaboração entre as escolas e as instituições de saúde, destacando mesmo a implicação dos enfermeiros tutores neste processo. Isto requer obviamente formação e um trabalho conjunto para que haja complementaridade, continuidade e concludentemente qualidade no ensino (Alarcão, 1991; Amador, 1991; Pinto, 1995; Abreu, 2007).

• *A prática da organização dos ensinos clínicos: intervenção dos diferentes actores*

A organização dos ensinos clínicos tem suscitado algumas discussões, não fosse este um processo complexo que envolve diversos actores, eventualmente com interesses e/ou opiniões díspares, e dois tipos de instituições com missões distintas.

Neste tema foram explorados essencialmente três domínios que se relacionam com o decurso dos ensinos clínicos desde a sua organização, à avaliação passando por mudanças que eventualmente tenha sofrido.

Relativamente à perspectiva do tutor em relação à organização dos ensinos clínicos, metade dos tutores por nós entrevistados considera que os ensinos clínicos estão mal organizados sendo que outros (um quarto) consideram que a organização dos mesmos poderia ser melhor. A sobrecarga dos serviços, no que se refere ao número de estudantes a desenvolverem ensino clínico simultaneamente no mesmo espaço, foi unanimemente apontada como uma crítica à organização, assim como os horários praticados. Como justificação destas mesmas críticas, os tutores apontam dificuldades e transtornos no seu desempenho profissional mas também entraves ao desenvolvimento dos estudantes que, na sua opinião, são prejudicados em

relação a colegas que tenham outros campos de ensino clínico com outras condições.

Quando questionados acerca de eventuais mudanças que possam ter ocorrido nos últimos anos ao nível da prática de organização dos ensinos clínicos, a maioria dos tutores (10 UE) considera que **houve mudanças**. No que concerne à origem das mudanças foi-nos possível estabelecer duas subcategorias: as mudanças **relacionadas com a escola** (10 UE) e as mudanças **relacionadas com a instituição de saúde** (5 UE), sendo que nem todas foram consideradas como benéficas.

• *Parcerias institucionais na supervisão dos ensinos clínicos*

Nesta temática das parcerias institucionais obtivemos referências relativas à existência ou não das mesmas, com sugestões de parcerias úteis, à importância da parceria no processo supervisivo dos estudantes em ensino clínico, e à importância das parcerias para as instituições e para os intervenientes.

Através da auscultação da opinião dos participantes no nosso estudo verificámos que esta parceria ainda não é uma realidade, pelo menos sentida pelos mesmos. Da análise podemos concluir que começa a sentir-se alguma preocupação nesta área mas que a realidade ainda está muito afastada daquilo que seria o ideal.

Para além da supervisão do desenvolvimento dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, foram identificadas outras áreas onde a criação de parcerias poderia ser benéfica, desde a partilha de conhecimentos entre escolas e instituições de saúde, à elaboração de protocolos intra e inter-institucionais, assim como a “troca de formação” dos respectivos profissionais.

No que diz respeito à importância das parcerias para as instituições e para os intervenientes, a grande maioria dos tutores entrevistados (9 UE) refere que **todos os intervenientes sairiam beneficiados** com a implementação dessas parcerias, opinião que vai de encontro à de autores que consideram que não serão apenas os estudantes a beneficiar dessa cooperação, docentes, enfermeiros e consequentemente as respectivas instituições, contribuíram e beneficiaram também de uma melhor e mais coerente articulação entre a teoria e a

prática, o que se irá repercutir na formação, no desempenho profissional, na qualidade dos cuidados prestados e concludentemente no crescimento de todos os actores envolvidos (Arco, 2003).

CONCLUSÃO

Apreciando o ensino clínico como momento privilegiado para o crescimento e desenvolvimento do estudante de enfermagem, partimos da opinião dos tutores pretendendo analisar as relações que se estabelecem entre os diferentes actores envolvidos no processo de supervisão desse mesmo desenvolvimento. Daí que as referências, quer aos docentes que participam na supervisão dos ensinamentos clínicos, quer aos próprios estudantes de enfermagem, são feitas sempre a partir da óptica do tutor.

Procurámos então encontrar pistas e sentidos que nos permitissem aceder à prática supervisiva na sua vertente de tutoria. Consideramos que a análise e apreciação dos dados colhidos proporcionaram referências para a análise das representações e práticas efectivas da supervisão em ensino clínico em geral e das parcerias em particular.

Como jovem adulto em formação que é, o estudante de enfermagem deve empenhar-se e posicionar-se num percurso formativo que o irá acompanhar ao longo da vida. Passa assim por um processo de construção pessoal que envolve a conjugação de factores pessoais, cognitivos e ambientais conduzindo inevitavelmente à mudança de comportamentos. Para que tal aconteça é fulcral que esse processo seja devidamente acompanhado e orientado para uma formação construtivista.

Assim concluimos que os tutores participantes encaram a supervisão em ensino clínico como uma função sua, à qual atribuem importância e relevância, apontando contudo falhas que vão desde a organização do processo à sua avaliação, o que segundo os mesmos se prende com a falta de comunicação e distância entre os supervisores (docentes e tutores), assim como pela inexistência de parcerias inter-institucionais.

Nesta fase do estudo emergiram algumas questões que consideramos pertinentes e que partilhámos até para poderem despoletar reflexões e/ou investigações futuras:

- É urgente promover momentos de reflexão conjunta entre os docentes e tutores que proporcionem a troca de experiências e sugestões no sentido de articular esforços e contribuir para a eficácia e eficiência do processo de supervisão.
- Deve haver um planeamento conjunto dos ensinamentos clínicos, minimizando discrepâncias que possam surgir.
- É importante e necessário que os supervisores tenham formação profissional e pedagógica, sólida e actualizada. A formação específica e contínua é fundamental na promoção da qualidade que se impõe nos dias de hoje.
- A criação e implementação de parcerias interinstitucionais, na área da supervisão dos ensinamentos clínicos de enfermagem, constitui-se como uma componente fulcral na melhoria de todo o processo e na promoção da qualidade formativa.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. (1997). Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros: Subsídio para um Estudo Ecológico da Formação em Contexto de Trabalho Hospitalar. In R. Canário (org.). *Formação e Situações de trabalho*, 147-168. Porto: Porto Editora.
- ABREU, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Lisboa: Educa e Formasau.
- ABREU, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- ALARCÃO, I. (1991). Dimensões de Formação. In J. Tavares (org.). *Formação Contínua de Professores. Realidades e Perspectivas*. Actas do I Congresso Nacional de Formação Contínua, 69-77. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- ALARCÃO, I. (2001). Escola reflexiva e Supervisão: *Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*, In Alarcão, I (org.) - *Escola reflexiva e Supervisão: Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*, 13-23. Porto: Porto Editora.
- AMADOR, M. (1991). *Educação em Enfermagem*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo (Tese de Doutoramento).
- ANDRADE, C. (2005). *A Escola em Parceria – Representações de Alunos, Enfermeiros e Professores*. Chamusca: Edições Cosmos.
- ARCO, H. (2003). *Entre a lógica e as estratégias dos actores: o caso da cooperação na orientação do ensino clínico de enfermagem*. Évora: Universidade de Évora (Tese de Mestrado).

- BELO, A. (2003). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: perspectiva do aluno*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- BENTO, M. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem – Que Identidade?* Lisboa: Fim do Século Edições.
- BRAGA, M. (2007). *O primeiro ensino clínico em contexto hospitalar – enquadramentos e níveis de ansiedade dos alunos de enfermagem*. Braga: Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga.
- CARVALHAL, R. (2003). *Parcerias na formação - Papel dos Orientadores Clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- CABRITO, B. (1994). *Formações em alternância: conceitos e práticas*. Lisboa: Educa.
- CORREIA, A. (1995). *A escola enquanto organização qualificante*. Conferência apresentada na 2ª Workshop sobre o tema “Actores, contextos e práticas da formação em enfermagem: que problemas?”. Coimbra: ESEBB.
- D’ESPINEY (1999). *Aprender a aprender pela experiência: A formação inicial de enfermagem*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. (Tese de Mestrado).
- FONSECA, M. (2004). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. (Tese de Mestrado)
- FRANCO, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1 – Fevereiro: 32-50.
- GARRIDO, A. (2004). *A supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. (Tese de Mestrado)
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- MAZALON, E. (1997). Les partenariats école-entreprise dans l’alternance au Québec : un état des recherches. *Education Permanente*, 131, 37-47. Paris
- OLHICAS, H. (2007). *Supervisão Clínica em Enfermagem- Representações dos Enfermeiros Orientadores sobre a Construção e a Mobilização das suas competências no Âmbito dos Ensinos Clínicos*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Mestrado).
- PINTO, C. (1995). *Colaboração escolas/serviços: a propósito das opiniões dos orientadores de alunos de enfermagem em ensino clínico*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende no âmbito do 4º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem. Lisboa.
- SÁ-CHAVES, I. (2007). *Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Estudos Temáticos Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SÁ-CHAVES, I. (2008). *Comunicação em Aula: Apontamentos das aulas da disciplina de Supervisão integrada no Mestrado em Supervisão 2007/2009*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.
- VIDINHA, F. (2004). *Fundamentos de Enfermagem – o presente e o futuro*. Doc WWW. Url [<http://www.esenftg.pt/fundamentos/Document/ensiclin.pdf>], acedido em 9 de Setembro de 2008.

A EXPERIÊNCIA DO EXERCÍCIO PARENTAL EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Vita Maria Basílio Rodrigues⁽¹⁾



Resumo

A parentalidade constitui um dos focos de atenção dos enfermeiros. Porém, quando a família tem uma criança com Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção (PHDA), essa atenção é redobrada e exige maior compreensão da natureza do processo subjacente a essa vivência, no sentido de uma intervenção mais eficaz.

O objectivo do estudo é descrever o conhecimento já produzido na área da experiência parental quando o filho tem PHDA. A questão que norteou esta revisão de literatura é: Qual a experiência do papel parental quando o filho tem PHDA?

Os treze estudos analisados são referentes ao período compreendido entre 2005/2010. A sua análise permitiu perceber a complexidade do exercício do papel parental embora a compreensão do processo subjacente seja ainda incipiente.

Os resultados do estudo revelam que a prática parental é considerada pouco eficaz, o comportamento da criança tem impacto negativo na vida emocional, social e familiar dos pais, estes têm necessidade de informação e sentem dificuldades na adesão à terapêutica psicoestimulante. Assim é importante a realização de mais estudos nesta área, na perspectiva de melhor compreender o processo subjacente ao exercício da parentalidade quando a criança tem PHDA.

Palavras-chave: Parentalidade; Perturbação de hiperactividade e deficit de atenção

Abstract

THE EXPERIENCE OF PARENTAL EXERCISE OF FAMILIES OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: A LITERATURE REVIEW

Parenthood is a focus of attention of nurses. But when a child has "Attention deficit hiperactivity disorder" (ADHD), that attention requires a better understanding of the nature and underlying processes in order to better intervention.

The purpose oh this study is to describe the knowledge produced in the area of parenting where the child has ADHD and the question that guided this review was: What is the experience of the parental role when the child has ADHD?

The thirteen studies analysed are for the period between 2005/2010. Their analysis allowed us to understand the complexity of the exercise of the parental role but understanding the process is still incipient.

Outcomes of these studies are ineffective parental practice, emotional and social negative impact on family lives, necessity of special information and difficulties in adhering to psycho stimulant therapy.

So, it is important further studies in this area to understand the underlying process of the exercise of the parental role when a child has ADHD.

Keywords: Parenthood; Attention deficit hiperactivity disorder

Recepcionado em maio 2011. Aceite em setembro de 2012

⁽¹⁾ Mestre e Doutoranda na Universidade Católica Portuguesa; Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.

INTRODUÇÃO

As interações estabelecidas entre os homens, iniciadas e perpetuadas a partir das primeiras relações que se desenvolvem entre pais e filhos, na relação directa com o contexto social e cultural em que coexistem são determinantes à existência humana.

Nestas interações, realça-se uma das funções mais nobres do homem, a parentalidade, da qual depende a preservação e a sobrevivência do próprio homem e da sociedade em geral (Mc Gray, 2007).

A parentalidade, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é definida como a responsabilidade de ser mãe e/ou pai, **tomar conta de**, no sentido de promover a integração do novo ser no seu contexto familiar e social e de otimizar o seu crescimento e desenvolvimento psico-emocional, social e espiritual.

Esta tarefa complexa e mutável como escreve Palácios (Cruz, 2005), concretiza-se através de um processo que se vai construindo em função dos estádios de desenvolvimento do filho, implicando os pais numa contínua adaptação e adequação nas suas expectativas e comportamentos em consonância com o esperado pela sociedade em relação ao exercício daquele papel.

Ter um filho com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) vai provocar nos pais acrescidas preocupações quer pela dificuldade em compreender e lidar com o comportamento disruptivo da criança quer pela percepção da pouca eficácia do seu papel parental.

A PHDA é uma das perturbações neuro-comportamentais mais frequentes na infância, e tem aumentado significativamente nos últimos anos em todo o espaço Europeu (Salgueiro, 2004). Caracteriza-se pelo elevado nível de falta de atenção e/ou hiperactividade e comportamentos impulsivos, com intensidade mais grave e frequente que o observado habitualmente em crianças com igual nível de desenvolvimento, e cujas manifestações/sintomas estão presentes quer em contexto familiar quer em contexto académico (DSM IV). É normalmente diagnosticado na idade escolar, embora alguns dos sintomas estejam presentes na fase etária precedente.

O fraco desempenho/rendimento escolar da criança e as dificuldades no relacionamento fa-

miliar e social são características nucleares da PHDA. Esta é mais frequente na criança do género masculino numa proporção que varia entre quatro a nove para um no género feminino e cuja prevalência é de 3% a 5% de crianças em idade escolar (DSM IV).

De acordo com o predomínio dos sintomas/comportamentos, são considerados três tipos de PHDA: tipo **combinado ou misto**, em que coexistem os três tipos de sintomas; tipo **predominantemente desatento** quando predominam os comportamentos de desatenção e tipo **predominantemente hiperactivo e impulsivo** quando predominam os comportamentos de hiperactividade e impulsividade (DSM IV).

O diagnóstico médico é feito essencialmente pela clínica baseado em critérios comportamentais, sendo o questionário de “Conners” o mais utilizado para o efeito (Cordinhã & Boavida 2008).

O tratamento da PHDA visa o controlo dos sintomas de desatenção, hiperactividade e impulsividade melhorando o desempenho escolar e as competências sociais. Para além da terapêutica com psico-estimulantes (metilfenidato) a terapia comportamental está normalmente associada.

Segundo Cordinhã & Boavida (2008), em 60% a 85% dos casos, o diagnóstico persiste durante a adolescência e 10% a 15% poderão evoluir para problemas anti-sociais e psiquiátricos (abuso de álcool e drogas, criminalidade, depressões graves e risco de suicídio).

Daqui se depreende a necessidade de uma intervenção terapêutica no sentido de ajudar os pais a melhor compreenderem a situação e a poderem gerir e agir perante os conflitos, dificuldades e preocupações de forma positiva.

Os enfermeiros, pela sua maior proximidade junto da população, têm um papel crucial na detecção precoce de problemas de saúde e no apoio ao exercício da parentalidade.

Descrever o “*conhecimento*” já produzido na área da experiência parental em famílias de crianças com PHDA é o objectivo desta revisão de literatura que se enquadra no âmbito do doutoramento em Enfermagem.

METODOLOGIA

A revisão de literatura efectuada procurou dar resposta à seguinte questão: *Qual a experiência do papel parental quando o filho tem PHDA?*

Foi realizada uma pesquisa *on line* na base de dados EBSCO HOST (Cinahl Plus, Health Collection, British Nursing Index, MedicLatina, Fuente Académica) através das palavras – chave: *attention deficit hiperactivity disorder, family and experiences*. Esta pesquisa se estendeu ainda à base de dados SCIELO, ao Repositório Nacional e ao Google Académico.

Desta pesquisa identificaram-se 60 artigos, dos quais 13 foram considerados relevantes para este estudo.

Foram incluídos todos os artigos que se relacionavam com a percepção, experiência e opinião das mães e /ou dos pais em lidar/cuidar da criança com PHDA.

Foram excluídos os estudos em que as crianças para além da PHDA apresentavam comorbilidades como sejam o Comportamento de Oposição, Transtorno Bipolar ou simplesmente referência a necessidades especiais. Eliminamos também os que se referiam à experiência das crianças, adolescentes e adultos com PHDA, os relacionados com a problemática da aprendizagem da criança com PHDA e a influência da terapêutica psicoestimulante na aprendizagem da criança.

Todos estes artigos são referentes aos últimos seis anos (2005/2010).

Dos 13 estudos seleccionados, nove são com *full-text* e quatro com o *abstract* completo o que permitiu a sua utilização

RESULTADOS

A parentalidade é um das áreas, por excelência, da intervenção do enfermeiro. Ajudar, orientar, apoiar as mães/pais no processo de cuidar de um filho é, pois, o motor de suporte para a segurança daqueles e para a criação de uma sociedade mais saudável.

Conhecer e compreender a experiência dos pais, a forma como agem e interagem com os filhos com PHDA, são aspectos relevantes a considerar numa intervenção de enfermagem.

Dos estudos a que tivemos acesso para a revisão

de literatura, foi possível perceber o impacto do comportamento da criança com PHDA no funcionamento familiar e consequentemente no exercício do papel parental.

Ser mãe/pai de uma criança com PHDA é uma experiência difícil e exigente segundo Peters & Jackson (2009), quer pela incapacidade de conter o comportamento dos filhos quer pelo consequente estado emocional que provoca (Carreira, 2004; Antunes, 2009).

A falta de atenção persistente nas crianças com PHDA, em especial nas tarefas que requerem algum esforço mental, a mudança frequente de actividade sem que a anterior esteja concluída, a desorganização, o não cumprimento de regras, a dispersão de interesses, a dificuldade em se manter quieto quando essa é a atitude esperada, responder ou reagir de forma impulsiva sem medir as consequências e a pouca autonomia nas actividades diárias são alguns dos exemplos dos comportamentos/sintomas, que colocam desafios importantes aos pais (DSM-IV).

A prática parental, o impacto do comportamento da criança com PHDA na vida emocional e social dos pais, as necessidades de informação e a adesão à terapêutica foram os temas identificados a partir dos estudos analisados.

Todos os estudos tiveram como participantes directos os pais (pai e/ou mãe ou ambos). Os principais instrumentos de colheita de dados foram o questionário, a entrevista, as narrativas e o *focus group*.

A prática parental

No estudo realizado por McLaughlin & Harrison (2006) tendo sido utilizado a *Parenting Practices Scale* e a *Parenting Stress Index – sub-scale (Sense of Competence and Social Isolation)*, os autores verificaram que as práticas parentais quando o filho (a) tem PHDA são “pouco eficazes” quando comparado com o esperado na população normal, concluindo haver uma relação significativa entre o comportamento da criança e o tipo de práticas parentais. Estes mesmos resultados foram encontrados por Santos (2008) no estudo sobre “Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com PHDA”.

No exercício da prática parental é a função edu-

cativa que provoca maiores dificuldades e gera maiores incertezas. Ela impõem-se á medida que a criança vai ganhando autonomia e afirmação pessoal ou quando manifesta comportamentos socialmente reprováveis no sentido de uma mudança positiva (Cruz, 2005).

Neste sentido, a criança com PHDA, pelos seus comportamentos/sintomas característicos está sujeita a uma intervenção disciplinar mais intempestiva. Os pais recorrem com maior frequência a comportamentos de hostilidade e agressividade (educação mais coerciva) quer verbal quer física na sua relação com os filhos (Santos 2008; Celestin-Westreich & Celestin 2008; Gau 2007), ou utilizam um estilo parental mais permissivo (Guilherme 2007).

Outras variáveis foram também identificadas, como tendo uma influência directa no exercício da parentalidade. McLaughlin & Harrison (2006), Guilherme (2007) e Santos (2008) verificaram haver uma relação significativa entre a *prática parental* e o *sentido de competência parental* e igual relação entre a *prática parental* e o *isolamento social*. Assim, quanto menor é o *sentido de competência parental* e maior o *isolamento social*, menor é a eficácia das *práticas parentais*.

O sentido de menor competência parental, segundo Guilherme (2007), numa revisão de literatura sobre “Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de deficit de atenção e hiperactividade na prole”, é uma variável encontrada com muita frequência nos pais de crianças com PHDA.

Se considerarmos que a competência é um saber em acção (Le Boterf, 1995) e a parentalidade um processo em construção (Cruz, 2005), o sentido de competência parental vai sendo construído em função das respostas ou reacções da criança ás intervenções parentais ou à qualidade dessas interacções.

Assim, quando, face às intervenções educativas dos pais, a criança responde ou reage de forma contrária ou adversa ao esperado, o sentido de competência parental tende a ser percebido como comprometido.

Este menor sentido de competência parental tem, segundo Santos (2008), uma relação significativa quer com a forma como as mães percebem

o diagnóstico quer como lidam com a criança.

Desta forma, fortalecendo o sentido de competência parental podemos estar a contribuir para uma prática parental mais eficaz.

Impacto do comportamento da criança na vida dos pais

O impacto negativo do comportamento da criança com PHDA na vida das mães/pais está bem presente nos trabalhos consultados. O pouco controlo sobre os comportamentos disruptivos da criança faz com que as mães desistam, naturalmente, de participar em actividades sociais, aumentando o isolamento social e simultaneamente dispondo de pouco tempo para si próprias (Peters & Jackson 2008), dificultando assim o restabelecimento físico e emocional necessário aos pais para o fortalecimento das suas relações (Antunes, 2009).

A vigilância constante que estas crianças exigem, faz com que as mães se sintam à “*margem*”, diz Peters & Jackson, (2008) revelando bem a problemática desta situação.

O sentimento de isolamento praticamente auto imposto contrasta com o “isolamento social” que é referido pelas mães quando sentem menor apoio quer de familiares quer de amigos (Gau 2007; Peters & Jackson 2008) quer dos próprios serviços comunitários (Peters & Jackson (2008); Lin; Huang; Hung (2009), tornando a experiência de ter um filho com PHDA bastante estigmatizante.

A relação entre pais-filhos está naturalmente envolvida de grandes emoções que podem ser positivas ou negativas em função do tipo de interacções que são estabelecidas e das respostas obtidas.

Quando a criança tem PHDA, de acordo com os estudos de Peters & Jackson, (2008); Gau, (2007); Strahm, (2008), os pais manifestam estados emocionais negativos com maior frequência. Estes estados emocionais também estão relacionados com o facto dos pais serem o alvo de censura quer por familiares e amigos quer mesmo por profissionais de saúde (Harbone & Wolpert, 2004).

A imprevisibilidade do comportamento destas crianças, consequência da impulsividade e da hiperactividade e o perigo que esses comportamentos podem provocar na própria criança e/ou nos outros, faz das mães as suas principais defensoras/

advogadas, num sentido de alerta permanente, refere Sciberras (2010) e Peters & Jackson (2008), levando muitas vezes a estados desesperantes. Como escreve Peters & Jackson (2008), estas mães sentem-se muitas vezes estigmatizadas, observadas e criticadas.

Toda esta teia de preocupações e o sentido de melhor responder às necessidades da criança com PHDA, acaba por provocar nas mães sintomas de depressão, perturbações somáticas e problemas de sono (Gau, 2007), que são reveladores do stress e da ansiedade que uma experiência desta natureza pode provocar.

O stress, entendido como um sentimento de incapacidade para responder de forma equilibrada aos desafios impostos, foi identificado nas mães de crianças com PHDA, nos estudos de Santos (2008), de Strahm (2008) e de Peters & Jackson (2008). Os níveis mais elevados de *stress* foram observados nas mães com maiores dificuldades em lidar com o problema/diagnóstico da criança e nas mães de crianças do género feminino (Santos, 2008). Depreendendo-se daqui, que o comportamento irrequieto do menino é normalmente melhor tolerado.

As mães definem os seus filhos como crianças agitadas, distraídas e exigentes e salientam ser muito diferente daquilo que idealizaram (Santos 2008).

Nos estudos de cariz mais qualitativo, realizados por Peters & Jackson (2008); Lin; Huang; Hung (2009), ser pai/mãe de uma criança com PHDA foi considerado como um “fardo”, um “massacre”, quer pelo cansaço emocional que provoca quer pelos frequentes conflitos familiares que causa.

De acordo com Peters & Jackson (2008), o sofrimento das mães agudiza-se com as expectativas quanto ao futuro dos seus filhos pois, sentem que eles são também estigmatizados e temem pela sua exclusão social. Os mesmos autores também referem que os pais nem sempre divulgam o verdadeiro diagnóstico dos filhos pois consideram que a PHDA é pouco compreendida pela população em geral.

O exercício da parentalidade realiza-se num contexto de interacções que são dinâmicas e sistémicas e, como tal, influenciando e sendo influenciado pelo comportamento de ambas as partes.

Lifford K.& Harold G.& Thapar A. (2008) rea-

lizaram um estudo sobre “As relações pais-filhos e os sintomas da PHDA: Uma análise longitudinal” cujos participantes directos no estudo foram os pais (mãe e pai) e os respectivos filhos. Verificaram que, os comportamentos da criança com PHDA, têm efeitos negativos no relacionamento entre pais-criança ou seja, há evidências de existir entre eles uma relação de rejeição. Porém, esta relação foi significativamente mais elevada no relacionamento entre pai-criança do que no relacionamento entre mãe-criança. Comparando os comportamentos da criança com a relação de rejeição, os autores verificaram que o relacionamento de rejeição mãe - criança é influenciado pelos comportamentos da criança, enquanto o relacionamento de rejeição pai - criança influencia o comportamento da criança.

Toda esta trama de interacções quando a criança tem PHDA representa um factor de risco na qualidade de vida das famílias (Celestin-Westreich & Celestin, 2008; Peters & Jackson 2008) e reflecte as dificuldades de adaptação dos pais para com o comportamento disruptivo da criança, refere Celestin-Westreich & Celestin (2008).

Os sentimentos de culpa e de tristeza profunda foram identificados por Peters & Jackson (2008) e por Santos (2008), nos pais, que se questionam sobre a razão do filho ter PHDA e a porem em causa o seu papel parental por falhas ou erros de educação que tenham cometido. A informação precisa e o acompanhamento destes pais parecem ser uma tarefa necessária e urgente dos enfermeiros.

Necessidades de informação

Uma pessoa informada compreende melhor o problema ou a situação em que está directamente envolvida e toma as decisões de forma mais esclarecida e segura (Potter & Perry 2006).

Sciberras (2010) e Johnston (2005) fizeram um estudo sobre as fontes e tipos de informação que os pais de crianças com PHDA mais necessitam. Verificaram que a maioria dos pais (95%) procura informação em livros, nos profissionais de saúde (pediatras, médico de família), na escola, no *Internet* e nos *media*, 91% - 98% dos pais recebeu informação dada pelos profissionais de saúde e consideram que a informação sobre os sintomas e

as causas da PHDA, no momento do diagnóstico, são muito importantes.

Os pais que recebem informação têm uma maior compreensão dos sintomas e tendem a diminuir a agressividade nas interações com a criança (Santos 2008).

A informação dada pelos profissionais de saúde, sobre as causas da PHDA, não corresponde normalmente às opiniões partilhadas pelos pais com familiares e amigos, que acreditam que o problema é educacional, deixando aqueles em estado de angústia emocional (Harbone & Wolpert 2004), pela ambivalência e incredulidade com que se deparam.

Não basta que os pais recebam uma informação correcta e actualizada é necessário que tenham a oportunidade de expressar as suas preocupações, sentimentos, dúvidas e indecisões.

Outras necessidades de informação recaíram sobre o gerir o comportamento da criança e a utilização de terapias educativas e habilidades sociais, deixando transparecer que é a educação e a integração social das crianças o que mais preocupa os pais, refere Sciberras (2010).

Relativamente às fontes de informação, os pais preferem a informação que é dada pelos profissionais de saúde (Sciberras 2010) justificando que os livros, revistas e os DVDs apenas fornecem uma informação geral, não indo de encontro aos seus reais problemas, questões ou necessidades específicas, não substituindo, como tal, o elemento humano. Realçam ainda que a informação deve ser dada de forma progressiva.

Adesão à terapêutica

A eficácia dos psicofármacos sobre a hiperactividade, impulsividade e desatenção está claramente demonstrada, sendo o Metilfenidato o psicoestimulante mais utilizado (Rohde & Mattos 2003; Cordinhã & Boavida 2008; Antunes 2009).

No estudo realizado por Jackson & Peters (2008), os pais expressaram preocupação e medos relacionados com a administração desta terapêutica, referindo algumas crenças quanto ao uso dos psicoestimulantes, concretamente o facto de poder provocar alterações na personalidade da criança ou perturbar o seu desenvolvimento emocional.

O sentimento de ambivalência dos pais face à

administração, ou não, da terapêutica é agravado pelas informações contraditórias e pelo cepticismo e descrença de familiares e amigos sobre esta medicação (Jackson & Peters 2008; Charach 2006).

De acordo com Peters & Jackson (2008); Lin; Huang; Hung (2009), melhorar o apoio profissional às famílias de crianças com PHDA é uma das preocupações dos profissionais de saúde que se mantém na actualidade.

DISCUSSÃO

A descrição dos resultados dos estudos consultados dá-nos uma visão clara dos desafios que os pais de um filho com PHDA enfrentam e da necessária intervenção dos profissionais de saúde, realço dos enfermeiros no sentido de os ajudar a encontrar e a fortalecer as suas capacidades para um exercício parental mais eficaz.

Dos 13 estudos analisados, obtidos através de consulta a bases de dados electrónicos e manual, relativos ao período compreendido entre 2005/2010, seis são de abordagem quantitativa e seis de abordagem qualitativa e um corresponde a uma revisão de literatura.

O impacto do comportamento da criança com PHDA no funcionamento familiar e, consequentemente, no exercício do papel parental foi evidente na maioria dos estudos consultados.

A prática parental pouco eficaz está significativamente relacionada com o comportamento disruptivo da criança, com o sentido de menor competência parental e com o maior isolamento social.

O estado de alerta constante dos pais perante o comportamento imprevisível do filho, constitui uma importante fonte de stress, acabando por provocar psicossomatizações como a depressão, perturbações somáticas e problemas de sono conforme a literatura (Strahm 2008). O sentimento de culpa e tristeza profunda dos pais chama-nos a atenção para uma cuidadosa informação e desculpabilização, no sentido de uma potenciação das competências parentais.

Os estudos que abordaram as necessidades de informação dos pais e a dificuldade na adesão à terapêutica, demonstram a pertinência de uma intervenção nestas áreas.

Apesar do conhecimento já produzido nesta área, a compreensão do processo envolvido nesta experiência parece-nos ainda incipiente, pelo que investir nesta área é um forte contributo para uma melhor intervenção da enfermagem junto dos pais de crianças com PHDA.

CONCLUSÃO

Conhecer e compreender a experiência do exercício parental quando a criança tem PHDA será uma forma de melhorar as competências/habilidades do enfermeiro para proporcionar um cuidado que minimize o impacto negativo que esta situação pode causar na saúde mental, quer dos pais quer da própria criança.

Na literatura consultada e, focando-nos na experiência parental, apercebemo-nos da limitação dos estudos nesta área na vertente da enfermagem. Ideia que é partilhada por Peters & Jackson (2008) quando referem que muitos dos estudos que abordam esta problemática são realizados na área da psicologia, sociologia, educação, medicina e poucos na área da enfermagem.

Os estudos analisados permitiram ter uma visão mais esclarecida da problemática que é ser mãe ou pai de uma criança com PHDA.

A análise dos resultados leva-nos a concluir que o exercício do papel parental e as reacções emocionais são fortemente influenciados quando um filho tem PHDA. O medo, a culpa, a tristeza, o stress, o isolamento social e o sentido de menor competência parental foram aspectos bem evidentes.

A informação e as dificuldades na adesão à terapêutica merecem a nossa atenção.

O aprofundamento desta temática e a realização de estudos nesta área serão uma mais valia para o conhecimento em Enfermagem, podendo ser utilizado quer na formação dos estudantes quer no exercício profissional, como tema de reflexão para um planeamento de estratégias de intervenção mais direccionadas para as dificuldades e necessidades destes pais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, N.L. (2009). *Mal entendidos*. Lisboa: Verso de Kapa.
- Carreira, A. (2005). Hiperactividade com Défice de Atenção. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*, 20, 17-24.
- Celestin-Westreich, S. & Celestin, L. (Jun 2008). Families cognitive- emotional adjustment processes when facing Attention- Deficit /Hiperactivity Disorder (ADHD) [Resumo]. *Annales Medico Psychologiques*, 166 (5), 343-349. [Consulta 2 de Fevereiro 2010]. ACADEMIC SEARCH COMPLETE.
- Charach, A. et al... (May,2006). Using Stimulant Medication for Children with ADHD: What Do Parents Say? A Brief Report. [resumo]. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15 (2), 75-83. [consulta 2 de Fevereiro de 2010]. MEDLINE With Full Text.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE Versão 1 (2006). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordinhã, A. & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 577-589.
- Cruz, O.(2005). Parentalidade. Coimbra: Quarteto
- DSM-IV: *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (1996; 4ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Gau, S. (2007). Parental and family factors for attention – deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 688-696.
- Guilherme, P et al.. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de deficit de atenção e hiperactividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *J. Brás. Psiquiatria*, 56 (3), 201-207.
- Harbone, A. & Wolpert, M. (Jul. 2004). Making Sense of ADHD: A Battle for Understanding? Parents views of their Children Being Diagnosed With ADHD. [Resumo]. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 9 (3), 327-339. [Consulta 2 de Fevereiro de 2010]. ACADEMIC SEARCH COMPLETE.
- Jackson, D. & Peters, K. (2008). Use of drug therapy in Children With attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): maternal views and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2725-2732.
- Johnston, C. et al... (2005). Treatment Choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: relations to parents beliefs and attributions. *Child: Care, Health & Development*, 31 (6), 669- 677.
- Lifford, K. & Harold, G. & Thapar, a. (2008). Parent-Child Relationships and ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis. *J. Abnormal Child Psychol*, 36, 285-296.
- Lin, M, Huang, X.; Hung, B.(Jun. 2009). The experiences of primary caregivers raising school- aged children hyperactivity disorder. [resumo] *Journal of Clinical Nursing*, 18 (12), 1693-1702. [consulta a 2 de Fevereiro de 2010]. BRITISH NURSING INDEX.
- LeBoterf, G. (1995). *De La Compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les éditions d organisation.
- Mc Graw, P. (2007). *A Família em primeiro lugar – O plano, passo a passo, para criar uma família feliz*. Porto: Porto Editora.
- McLaughlin, D. & Harrison, C. (2006). Parenting Practices of Mothers of Children with ADHD: The Role of Maternal and Child Factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11 (2), 82-88.

- Ordem dos Enfermeiros (2003). Código do Enfermeiro: Anotações e comentários. Lisboa: OE.
- Peters, K. & Jackson, D. (2009). Mothers experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (1), 62-71.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem- Conceitos e Procedimentos*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Rohde, L. A. & Mattos, P. (2003). *Princípios e práticas em PDAH*. São Paulo: Artemed.
- Salgueiro, E. (2005). Revisitando a Hiperatividade . *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. 20, 39-53.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2007) *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (9ª ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Santos, V. (2008). *Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com PHDA*. [Tese de Mestrado em Psicologia]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.
- Sciberras, E. et-al (2010). Information Needs of Parents of Children with Attention- Déficit/ Hiperactivity Disorder. *Clinical Pediatrics*, 49 (2), 150-157.
- Strahm, CD (2008). Parents experience raising a child with Attention Deficit Hiperactivity Disorder (ADHD). [Resumo]. *Rush University, College of Nursing*. [Consulta : 2 de Fevereiro 2010]. CINAHL Plus with Full Text.

ÁLCOOL E GÊNERO

UM ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES COM PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL EM SEGUIMENTO NA EQUIPA DE TRATAMENTO DO SOTAVENTO ALGARVIO DO INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, IP

Nuno Murchio⁽¹⁾

Lurdes Lucas⁽²⁾

Simone Ferreira⁽³⁾

Norberto de Sousa⁽⁴⁾



Resumo

Os objectivos deste estudo são: caracterizar a população dos doentes com problemas ligados ao álcool (PLA) em seguimento na Equipa de Tratamento do Sotavento (ETS) do Algarve do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP; e analisar as diferenças de género existentes. A metodologia utilizada foi exploratória transversal de tipo mista (quantitativo-qualitativo), e a amostra corresponde ao total de indivíduos com PLA seguidos nesta equipa que se encontram em base de dados, no período compreendido entre segundo semestre de 2008 e o primeiro semestre de 2010, e é constituída por 144 doentes ($n = 144$), tendo a colheita de dados sido efectuada a partir desta base. Os resultados obtidos levam-nos a concluir que os homens apresentam resultados semelhantes do grupo geral, existindo diferenças de género, que não são significativas, relativamente à idade, escolaridade, diferenciação profissional, número e tipo de tratamentos, antecedentes de doença ou traumatismo, estágio de mudança e grau de dependência alcoólica, e significativas para a comorbilidade psiquiátrica e tipo de comorbilidade.

Palavras-chave: Problemas ligados ao álcool, diferenças de género, tratamento

Abstract

ALCOHOL AND GENDER: A CHARACTERIZATION STUDY ABOUT THE PATIENTS WITH PROBLEMS RELATED TO ALCOHOL WHO ARE IN FOLLOW-UP BY THE EASTERN ALGARVE TREATMENT TEAM OF DRUGS AND DRUG ADDICTION INSTITUTE, PI. *The objectives of this study are: to characterize the population of patients with Problems Related to Alcohol (PRA) who are in follow-up by the Eastern Algarve Treatment Team (EATT) of Drugs and Drug Addition Institute, PI; and to analyze the existence of gender differences. The type of methodology used is exploratory, transversal, quantitative-qualitative, and the sample corresponds to the total of PRA patients who are in follow-up by that team and are included in the database, at the period between the first semester of 2008 and second semester of 2010, and is constituted by 144 participants ($n = 144$). The data collection was carried out from this database. The results of this investigation lead us to conclude that the men have similar results to the general group, existing gender differences, not significant in age, scholarship, professional differentiation, type and number of treatments, disease or traumatic history, stage of change and degree of alcohol dependence, and significant in psychiatric comorbidity and type of comorbidity.*

Keywords: problems related to alcohol, gender differences, treatment.

Recepcionado em março 2011. Aceite em junho de 2012

⁽¹⁾ Director do CRI do Algarve/IDT, IP. Licenciado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Mestre e Doutor em Psicologia, na especialização em Psicologia da Saúde (nunalvaro@netcabo.pt).

⁽²⁾ Enf.^a Responsável pela Consulta Externa da Equipa de Tratamento do Sotavento do CRI do Algarve/IDT, IP. Licenciada em Enfermagem.

⁽³⁾ Terapeuta na Equipa Especializada de Tratamento do Sotavento do CRI do Algarve/IDT, IP. Licenciada em Enfermagem e em Psicologia.

⁽⁴⁾ Coordenador da Equipa Especializada de Tratamento do Sotavento do CRI do Algarve/IDT, IP. Médico, especialista em Clínica Geral/Medicina Familiar, Licenciado em Medicina.

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (1982, cit. em Mello, Barrias e Breda, 2001), os problemas ligados ao álcool (PLA) podem ser definidos como as consequências nocivas do consumo desta substância psicoactiva que atingem não só o bebedor, como também a família e a comunidade em geral. Estes problemas envolvem vários estádios que vão desde o consumo nocivo até à dependência alcoólica, caracterizando-se a primeira situação por um consumo patológico da substância, acompanhado por prejuízos do sociais e ocupacionais relacionadas com esse consumo, enquanto a segunda situação exige também a presença de tolerância e de abstinência (Gigliotti & Bessa, 2004).

Os estudos efectuados relativos à população com PLA que se encontram em tratamento indicam que estes indivíduos são preponderantemente de género masculino, com transtornos depressivos e antecedentes de patologias do aparelho digestivo (Coutinho, Almeida, Santos, Onofre, Silva, Marques & Paz, 2009; Portugal, Corrêa & Siqueira, 2010), são casados ou juntos, com baixa escolaridade, trabalhando no sector primário, desempregados, e do ponto de vista clínico estão na situação de dependência alcoólica, com havendo ainda comorbilidade para os transtornos de personalidade e também antecedentes de distúrbios neuropsiquiátricos, com existência de historial de internamentos prévios para este tipo de problemas (Coutinho et al., 2009). A média de idade é de 43 anos (Coutinho, et al., 2009), abrangendo a faixa etária dos 35 aos 54 anos (Portugal et al., 2010).

Por outro lado, existe evidência científica que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas tem um risco agravado para doenças cardiovasculares (Almeida, Cardoso, Araújo, Leite, Marques, Lobão, Vidal, & Pinto, 2009), demonstrando outros estudos que existe uma tendência para que os indivíduos de género feminino com consumos abusivos de álcool tenham valores superiores de depressão (Santana & Negreiros, 2008).

Assim, considerando a necessidade de aprofundarmos o nosso conhecimento sobre a população de doentes com estes problemas que assistimos nos nossos serviços, realizamos este estudo com

os seguintes objectivos: caracterizar a população dos doentes com PLA em seguimento na Equipa de Tratamento do Sotavento (ETS) do Centro de Respostas Integradas (CRI) do Algarve do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP; e analisar as diferenças de género existentes.

MÉTODO

Amostra e Procedimentos

Trata-se de um estudo exploratório transversal de tipo misto (quantitativo-qualitativo). Os dados foram colhidos na base de dados da consulta de alcoologia da ETS do CRI do Algarve, a partir de um guião elaborado para o efeito tendo em conta a informação existente, sendo considerados como participantes o total dos utentes que recorreram a essa consulta desde o segundo semestre de 2008 até ao primeiro semestre de 2010, e o tratamento estatístico efectuado através do programa informático SPSS, tendo sido respeitados os pressupostos éticos do consentimento informado e o anonimato dos participantes.

Participantes

São os doentes com PLA que estão em seguimento na ETS no período considerado, correspondendo a 144 indivíduos ($n = 144$), em que a maioria (120 participantes) é de género masculino.

A média (M) de idades é de 46,7 anos, com um desvio padrão (SD) de 10,6 anos, variando entre os 26 e os 78 anos, sendo que para os homens $M = 47,3$ anos ($SD = 11$ anos, variando entre os 26 e os 78 anos) e para as mulheres $M = 44$ anos ($SD = 7,8$ anos, variando entre os 29 e os 59 anos).

Relativamente ao estado civil, verificamos na seguinte quadro 1, que a maioria dos participantes é casada ou estão em união de facto (37,5%), o que se verifica para ambos os géneros.

Quadro 1 - Distribuição dos participantes segundo o estado civil pelo género

Estado civil	Género		%
	Masculino	Feminino	
Solteiro	39	5	30,6
Casado/União de Facto	45	9	37,5
Divorciado/Separado	32	8	27,8
Viúvo	4	2	4,2
Total (N = 144)	120	24	

Relativamente à escolaridade, a moda da distribuição situa-se no grupo que tem o 1.º ciclo (38,2%) o que também é observado nos homens ($n = 49$), enquanto para as mulheres a distribuição seja bimodal para o 1.º e 2.º ciclo ($n = 6$). De referir também que existem mais mulheres com formação superior do que homens (vide quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição dos participantes segundo a escolaridade pelo género

Escolaridade	Género		%
	Masculino	Feminino	
Sem Escolaridade	7	1	5,6
1.º Ciclo	49	6	38,2
2.º Ciclo	27	6	22,9
3.º Ciclo	32	5	25,7
Curso Profissional	1	1	1,4
Bacharelato	4	5	6,3
Total (N = 144)	120	24	

No que concerne à profissão a maioria dos participantes trabalha na hotelaria, restauração e afins (18,7%). Numa análise por género verificamos que para os homens a distribuição é bimodal nos grupos de participantes que trabalham na hotelaria, restauração e afins e na construção civil ($n = 14$), enquanto para as mulheres a moda da distribuição se situa no grupo das participantes que são domésticas ($n = 8$) (vide quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição dos participantes segundo a profissão pelo género

Profissão	Género		%
	Masculino	Feminino	
Empresário/Gestor	4	0	4,4
Técnico superior	1	1	2,2
Técnico especialista	5	1	7,7
Funcionário administrativo	2	1	3,3
Hotelaria, restauração e afins	14	3	18,7
Operário da construção civil	14	0	15,4
Outros operários qualificados	13	0	14,3
Agricultor, Jardineiro ou Pastor	6	0	6,6
Trabalhador não qualificado	9	1	11
Doméstica	0	8	8,8
Estudante	0	1	1,1
Indiferenciado ("Biscates")	2	0	2,2
Outras profissões	5	0	5,5
Total (n = 91)	75	16	

Nota: 53 dos participantes (45 homens e oito mulheres) não tinham informação.

Relativamente à situação laboral, conforme podemos observar no quadro 4, a moda desta distribuição situa-se no grupo de participantes que está desempregado (45,1%), o mesmo se verificando para ambos os géneros.

Quadro 4 - Distribuição dos participantes segundo a situação laboral pelo género

Situação laboral	Género		%
	Masculino	Feminino	
Trabalha a tempo inteiro	45	6	35,4
Trabalha a tempo parcial	9	3	8,3
Formação profissional remunerada	1	0	0,7
Desempregado	51	14	45,1
Sem trabalho por invalidez	2	1	2,1
Reformado	12	0	8,3
Total (N = 144)	120	24	

No que concerne aos antecedentes criminais, a moda desta distribuição situa-se nos indivíduos que não referem ter este tipo de problemas (30,6%), o mesmo se verificando para ambos os géneros (vide quadro 5).

Quadro 5 - Distribuição dos participantes segundo os antecedentes criminais pelo género

Antecedentes criminais	Género		%
	Masculino	Feminino	
Sim	35	9	30,6
Não	85	15	69,4
Total (N = 144)	120	24	

Medidas

Para o tratamento da informação considerada pertinente para caracterizar a população em estudo, foram consideradas as seguintes variáveis (exceptuando a caracterização sociodemográfica já apresentada):

- *Variáveis de caracterização da situação relacionada com os PLA*: antecedentes familiares de consumo, tratamentos anteriores de álcool, quantidade e tipo de tratamentos: (quantidade), antecedentes de doença física/traumatismos, perfil psicológico (score), estágio de mudança, *AUDIT* (score), consumos de outras

drogas associadas, existência e tipo de comorbilidade psiquiátrica.

- *Variáveis de caracterização do encaminhamento e seguimento da Equipa de Tratamento*: encaminhamento primário, tipo de seguimento nesta equipa e tipo de alta.

De mencionar que o teste *AUDIT* (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) foi desenvolvido para auxiliar ao diagnóstico do abuso de álcool, e em particular para ajudar os técnicos a detectar as pessoas que beneficiariam da redução ou cessação dos consumos de álcool, agrupando a pontuação por meio do somatório dos *scores* (máximo 40) em uso de baixo risco (entre 0 e 7 pontos), uso de risco (entre 8 e 15 pontos), e sintomas de dependência (acima de 20 pontos) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001).

RESULTADOS

Análise Descritiva das Variáveis

Variáveis de caracterização da situação relacionada com os PLA

Relativamente aos antecedentes familiares de consumo, a moda desta distribuição situa-se no grupo dos participantes que referem existir antecedentes (57,6%), o mesmo se verificando para ambos os géneros (vide quadro 6).

Quadro 6 - Distribuição dos participantes segundo os antecedentes familiares de consumo pelo género

Antecedentes familiares de consumo	Género		%
	Masculino	Feminino	
Sim	69	14	57,6
Não	24	2	18,1
Não sabe	27	8	24,3
Total (N = 144)	120	24	

No que concerne ao número de tratamentos a média em termos gerais é de $M = 0,7$ tratamentos ($SD = 1,31$), com o mínimo de nenhum tratamento e o máximo de sete tratamentos, verificando-se o mesmo para os homens em que $M = 0,7$ tratamentos ($SD = 1,38$), com os mesmos valores mínimos e máximos de tra-

tamentos, e para as mulheres de $M = 0,5$ tratamentos ($SD = 0,93$), com o mínimo de nenhum tratamento e o máximo de três tratamentos. No que respeita à distribuição dos participantes segundo os tratamentos anteriores de PLA, verificamos que a moda desta distribuição se situa nos indivíduos que referem não ter tido tratamentos anteriores (66%), o mesmo se verificando para ambos os géneros (vide quadro 7).

Quadro 7 - Distribuição dos participantes segundo os tratamentos anteriores de PLA pelo género

Tratamentos anteriores de PLA	Género		%
	Masculino	Feminino	
Sim	41	8	34
Não	79	16	66
Total (N = 144)	120	24	144

No que concerne à distribuição dos participantes pelo tipo de tratamentos prévios de PLA, conforme a seguinte quadro 8, verificamos que, para os que referiram ter tido estes tratamentos ($n = 34$), a moda da distribuição situa-se no grupo de indivíduos que refere ter tido tratamentos em ambulatório (39,6%), o que é idêntico para os homens ($n = 16$), embora para as mulheres esta distribuição seja bimodal para os tratamentos em ambulatório e internamento para desabitação ($n = 3$).

Quadro 8 - Distribuição dos participantes pelo tipo de tratamentos prévios segundo o género

Tipo de tratamentos prévios	Género		%
	Masculino	Feminino	
Ambulatório	16	3	39,6
Internamento para desabitação	14	3	35,4
Ambulatório e internamento para desabitação	6	1	14,6
Internamento para desabitação e grupo de auto-ajuda	1	0	2,1
Ambulatório, Internamento para desabitação, e Comunidade Terapêutica	3	0	6,3
Internamento para desabitação e Comunidade Terapêutica	1	0	2,1
Total (n = 48)	41	7	

Nota: Um dos participantes (género feminino) não tinha informação

Relativamente à distribuição dos participantes pelos antecedentes patológicos, de acordo com a quadro 9, verificamos que a moda desta distribuição se situa no grupo de indivíduos que referem ter antecedentes patológicos (52,1%), o que também observamos para os homens ($n = 16$), enquanto para as mulheres a distribuição seja bimodal para os indivíduos com e sem antecedentes ($n = 12$).

Quadro 9 - Distribuição dos participantes pelos antecedentes patológicos segundo o género

Antecedentes patológicos	Género		%
	Masculino	Feminino	
Com antecedentes	63	12	52,1
Sem antecedentes	57	12	47,9
Total (N = 144)	120	24	

No que se refere ao tipo de antecedentes de doença física ou traumatismos mencionados pelos participantes, conforme podemos verificar no quadro 10, aqueles que são mais referidos são os *problemas cardiocirculatórios* ($f = 34$), como a hipertensão arterial, enfartes do miocárdio ou insuficiências cardíacas, e os *problemas neurológicos* ($f = 24$), como a epilepsia e convulsões, ou o *delirium tremens*. Numa leitura desta distribuição pelos géneros verificamos que os antecedentes mais referidos pelos homens são os *problemas cardiocirculatórios* ($f = 26$) e problemas neurológicos ($f = 23$), enquanto as mulheres referem mais os problemas cardiocirculatórios ($f = 8$) e os *problemas metabólicos* ($f = 2$).

Quadro 10 - Distribuição dos participantes pelo tipo de antecedentes patológicos segundo o género

Antecedentes de doença física/traumatismos	Género		f
	Masculino	Feminino	
Problemas neurológicos	23	1	24
Problemas respiratórios	6	1	7
Problemas cardiocirculatórios	26	8	34
Problemas metabólicos	5	2	7

Problemas endócrinos	5	0	5
Problemas gastrointestinais	15	1	16
Problemas hepáticos	8	0	8
Problemas renais	2	1	3
Problemas congénitos	2	0	2
Doenças infecto-contagiosas	11	0	11
Neoplasias	3	1	4
Acidentes e traumatismos	7	0	7

No que concerne à distribuição dos participantes pelo estágio de mudança, verificamos pela seguinte quadro 11, que a moda desta distribuição se situa nos indivíduos que estão num estágio pré-contemplativo (36,1%). Numa análise pelos géneros, observamos o mesmo para os homens ($n = 47$), enquanto para as mulheres a distribuição é bimodal para os grupos das que estão num estágio contemplativo e de acção ($n = 9$).

Quadro 11 - Distribuição dos participantes pelo estágio de mudança segundo o género

Estádio de mudança	Género		%
	Masculino	Feminino	
Pré-contemplativo	47	5	36,1
Contemplativo	42	9	35,4
Acção	28	9	25,7
Manutenção	2	1	2,1
Recaída	1	0	0,7
Total (N = 144)	120	24	

Relativamente aos resultados do teste AUDIT, verificamos que o score médio para o grupo em geral é de $M = 27,43$ pontos ($SD = 11,16$, variando entre 0 e 40 pontos), enquanto para os homens é de $M = 26,86$ pontos ($SD = 11,54$, variando entre 0 e 40 pontos), e para as mulheres o score médio é de $M = 30,05$ pontos ($SD = 9$, variando entre 4 e 40 pontos). No que concerne ao tipo de consumos de substâncias psicoactivas, conforme a seguinte quadro 12, a moda desta distribuição situação

no grupo de participantes que referem consumir somente álcool (81,3%), o mesmo se verificando para ambos os géneros.

Quadro 12 - Distribuição dos participantes pelo tipo de consumos segundo o género

Tipo de consumos	Género		%
	Masculino	Feminino	
Só álcool	98	19	81,3
Álcool e Cannabis	8	4	8,3
Álcool e Cocaína	1	0	0,7
Álcool, Cannabis e Heroína	3	0	2,1
Álcool, Cannabis e Cocaína	3	0	2,1
Álcool, Heroína e Cocaína	1	0	0,7
Álcool, Cannabis, Heroína e Cocaína	4	1	3,5
Álcool, Cannabis, Heroína, Cocaína e Benzodiazepinas	2	0	1,4
Total (N = 144)	120	24	

No que respeita à existência de comorbilidade psiquiátrica, a moda desta distribuição situa-se no grupo de participantes que não tem comorbilidade (82,6%), o mesmo se verificando para ambos os géneros (vide quadro 13).

Quadro 13 - Distribuição dos participantes em relação à comorbilidade psiquiátrica segundo o género

Comorbilidade psiquiátrica	Género		%
	Masculino	Feminino	
Sim	14	11	17,4
Não	106	13	82,6
Total (N = 144)	120	24	

Relativamente ao tipo de comorbilidade psiquiátrica, para aqueles que têm ($n = 25$), a moda desta distribuição (vide quadro 14) situa-se no grupo dos participantes que apresentam depressão (72%), o que se verifica para os homens ($n = 7$), apesar de depois se encontrarem distribuídos por outros diagnósticos, enquanto para as mulheres o único diagnóstico assinalado é o de depressão ($n = 11$).

Quadro 14 - Distribuição dos participantes em relação ao tipo de comorbidade psiquiátrica segundo o género

Tipo de comorbidade psiquiátrica	Género		%
	Masculino	Feminino	
Bipolar	1	0	4
Debilidade mental	1	0	4
Demência alcoólica	1	0	4
Depressão	7	11	72
Esquizofrenia	2	0	8
Problemas de relação e timidez	1	0	4
Zoopsias	1	0	4
Total (n = 25)	14	11	

Variáveis de caracterização do encaminhamento e seguimento da Equipa de Tratamento

No que respeita ao encaminhamento primário destes doentes nesta Equipa de Tratamento, verificamos que a moda desta distribuição situa-se no grupo de participantes que foi encaminhado para a consulta externa da mesma (77,8%), o que também é observado para ambos os géneros (vide quadro 15).

Quadro 15 - Distribuição dos participantes relativamente ao encaminhamento primário segundo o género

Encaminhamento primário	Género		%
	Masculino	Feminino	
Consulta externa da equipa	97	15	77,8
Médico de família	2	1	2,1
Internamento	20	8	19,4
Comunidade terapêutica	1	0	0,7
Total (N = 144)	120	24	

Em relação ao seguimento nesta equipa, de acordo com o quadro 16, observamos que a moda desta distribuição se situa no grupo de participantes que se encontra em seguimento na mesma (59%), o que também é observado para os homens (n =

73) enquanto para as mulheres a distribuição seja bimodal (n = 12).

Quadro 16 - Distribuição dos participantes de acordo com o seguimento na Equipa de Tratamento segundo o género

Seguimento na Equipa de Tratamento	Género		%
	Masculino	Feminino	
Sim	73	12	59
Não	47	12	41
Total (N = 144)	120	24	

No que concerne ao tipo de alta, conforme podemos verificar no quadro 17, a moda desta distribuição situa-se no grupo de participantes que ainda não teve alta (59,7%), observando-se o mesmo em ambos os géneros.

Quadro 17 - Distribuição dos participantes pelo tipo de alta segundo o género

Tipo de alta	Género		%
	Masculino	Feminino	
Sem alta	74	12	59,7
Alta terapêutica	8	3	7,6
Abandono ou óbito	38	9	32,6
Total (N = 144)	120	24	

Análise das Relações entre as Variáveis em Estudo

Da análise das relações entre as variáveis em estudo, aquelas que apresentavam valores considerados significativos ($p < 0,05$) e relevantes ($r > 0,3$), relativamente ao género são a existência de comorbidade psiquiátrica, e o tipo de comorbidade psiquiátrica. Tendo em conta estes resultados fomos então procurar verificar através de análises tipo predictor-critério se a existência de comorbidade psiquiátrica e o tipo de comorbidade psiquiátrica poderiam ser influenciados pelo género, o que confirmamos conforme os valores apresentados na seguinte quadro 18.

Quadro 18 - Coeficientes beta (β) estandardizados obtidos através de equações de regressão simples entre a variável predictor (género) e as medidas (existência de comorbilidade psiquiátrica, e o tipo de comorbilidade psiquiátrica)

Variável predictor	Medidas	
	Existência de Comorbilidade Psiquiátrica	Tipo de Comorbilidade Psiquiátrica
Género	- 0,336 ***	0,317***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,005$; *** $p < 0,001$

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, relativamente às variáveis onde não encontramos diferenças entre os géneros, podemos dizer que os doentes com PLA em seguimento nesta Equipa de Tratamento, são casados ou vivem em união de facto (37,5%), estão desempregados (45,1%), não têm antecedentes criminais (30,6%), referem ter antecedentes familiares de consumo de álcool (57,6%), não tiveram tratamentos anteriores para os PLA (66%), referem consumir somente álcool (81,3%), não têm comorbilidade psiquiátrica (82,6%), foram encaminhados para a consulta externa desta Equipa (77,8%), não tiveram alta (59,7%), encontrando-se ainda em seguimento na mesma (59%).

Relativamente àquelas variáveis onde encontramos diferenças entre os géneros, embora não significativas, podemos dizer que existem mais homens (83,3%) que mulheres, com uma média de idades de aproximadamente 47 anos, o que se verifica também para os homens, sendo as mulheres mais jovens cerca de três anos (44 anos).

Para a escolaridade, em termos gerais a maioria dos participantes têm o 1.º ciclo (38,2%), o que também é observado nos homens, enquanto para as mulheres a maioria tem o 1.º ou o 2.º ciclo, verificando-se também existirem mais mulheres com formação superior (bacharelato ou licenciatura) do que homens, o que nos leva a dizer que as mulheres aparentam ter um nível de escolaridade superior ao dos homens, embora em geral o nível de habilitações se possa considerar baixo.

Em termos profissionais, a maioria dos participantes trabalha na hotelaria, restauração e afins

(18,7%), e no que respeita ao género para os homens os grupos mais representativos são dos indivíduos que trabalham na hotelaria, restauração e afins ou na construção civil, enquanto para as mulheres a maioria é doméstica, o que nos leva a dizer neste aspecto que as mulheres são menos diferenciadas que os homens.

No que concerne ao número de tratamentos, apesar de a média em termos gerais ser a mesma que para os homens (cerca de 0,7 tratamentos), variando entre nenhum e sete tratamentos, para as mulheres é de 0,5 tratamentos, com o mínimo de nenhum tratamento e o máximo de três tratamentos, o que nos leva a dizer que as mulheres têm menos tratamentos em média que os homens.

Em relação ao tipo de tratamentos prévios para os PLA, a maioria dos participantes, quer em termos gerais (39,6%) como no que concerne aos homens, refere ter sido tratamentos em ambulatório, apesar de nas mulheres a maioria referir ter sido tratamentos em ambulatório ou para internamento de desintoxicação.

Para os antecedentes patológicos, a maioria dos participantes refere ter estes antecedentes (52,1%), o que também observamos para os homens, enquanto para as mulheres exista o mesmo número de indivíduos com e sem antecedentes.

No que se refere ao tipo de antecedentes de doença física ou traumatismos mencionados pelos participantes, globalmente a maior parte dos participantes refere ter tido antecedentes de doença cardiocirculatória, ($f = 34$), como a hipertensão arterial, enfartes do miocárdio ou insuficiências cardíacas, e de problemas neurológicos ($f = 24$), como a epilepsia e convulsões, ou o *delirium tremens*, não havendo diferenças relativamente aos participantes de género masculino, enquanto para os participantes de género feminino os problemas mais referidos são os problemas cardiocirculatórios ($f = 8$) e os problemas metabólicos ($f = 2$).

Relativamente ao estágio de mudança, a maioria dos participantes está num estágio pré-contemplativo (36,1%), o que também se verifica para os homens, enquanto para as mulheres a maioria esteja num estágio contemplativo ou num estágio de acção.

Em relação ao grau de dependência alcoólica (teste *AUDIT*), apesar todos as médias dos *scores*

se situarem num nível de sintomas de dependência (> 20 pontos, com uma variação em todos os grupos entre 0 e 40 pontos), seja para o grupo em geral, como para os homens, em que em ambas as situações a média é de cerca de 27 pontos, ou para as mulheres, em que a média é de cerca de 30 pontos, podemos dizer que os indivíduos de género feminino apresentam valores médios mais elevados de aproximadamente três pontos, quer em relação à totalidade dos participantes, como para os indivíduos de género masculino.

Para as variáveis onde encontramos correlações consideradas significativas ($p < 0,05$) e relevantes ($r > 0,3$) relativamente ao género, podemos dizer que o género tem influencia na existência de comorbilidade psiquiátrica ($r = -0,336$; $p < 0,001$), e no tipo de comorbilidade psiquiátrica ($r = 0,317$; $p < 0,001$), em que observamos que a maioria dos participantes que apresentam esta comorbilidade, referem depressão (72%), o que também se verifica para os homens, apesar de depois se encontrarem distribuídos por outros diagnósticos, enquanto para as mulheres o único diagnóstico assinalado é o de depressão, verificando-se também que as mulheres apresentam um número de casos proporcionalmente superior que os homens no que concerne à existência de comorbilidade psiquiátrica.

CONCLUSÕES

Podemos então concluir que nesta população os homens apresentam resultados semelhantes aos do grupo geral, o que pode estar relacionado com o facto de a grande maioria dos participantes ser de género masculino, diferenciando-se as mulheres por serem mais jovens, terem aparentemente um nível de escolaridade superior, serem menos diferenciadas profissionalmente, terem menos tratamentos anteriores relativamente aos PLA, sendo esses tratamentos em ambulatório ou em internamento, com um número idêntico de indivíduos com e sem antecedentes patológicos, terem mais problemas metabólicos, estarem num estágio de mudança de contemplativo ou de acção, apresentarem um grau de dependência alcoólica mais elevado, e terem uma tendência estatisticamente significativa e relevante para a existência de uma

maior comorbilidade psiquiátrica, sendo essa comorbilidade com a depressão. De referir que em parte estes resultados concordam com a revisão de literatura efectuada, designadamente pelo facto de existirem características específicas, e de também haver algumas diferenças de género, nomeadamente relacionadas com o seu perfil sociodemográfico bem como com aspectos de comorbilidade psiquiátrica, como seja uma maior propensão dos indivíduos de género feminino para terem depressão (Santana & Negreiros, 2008; Almeida, Cardoso, Araújo, Leite, Marques, Lobão, Vidal, & Pinto, 2009; Coutinho et al., 2009; Portugal et al., 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M., Cardoso, V., Araújo, P., Leite, C., Marques, P., Lobão, A., Vidal, F., Pinto, M. E. (2009). Hábitos alcoólicos e protecção cardiovascular no Centro de Saúde de Barão do Corvo. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 305-311.
- Babor, T. F., Higgins-Beddlle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test*, 2.ª Ed., Genebra: Department of Mental Health and Substance Dependence – World Health Organization.
- Coutinho, J., Almeida, J. G., Santos, M., Onofre, O., Silva, R., Marques, C. & Paz, C. (2009). Estudo do Perfil-Tipo dos Doentes Internados na Unidade de Alcoologia do Porto. *Toxicodependências*, 15(3), 23-29.
- Gigliotti, A., & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl. I), 11-13.
- Mello, M. L. M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Portugal, F. B., Corrêa, A. P. M., & Siqueira, M. M. (2010). Alcoolismo e comorbilidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. *SMAD – Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(1), 1-13. Consultado em 15 de Dezembro em: www.eerp.usp.br/respma.
- Santana, S. M., & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Toxicodependências*, 14(1), 17-24.

A AMAMENTAÇÃO NOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

Catarina Alexandra Marques Escobar⁽¹⁾



Resumo

A amamentação dos recém-nascidos prematuros (RNPT) encerra em si muitos benefícios a curto e a longo prazo. Assim, a presente investigação teve como objectivo: conhecer a situação da amamentação dos RNPT no período de internamento nas Unidades de Neonatologia. Tratou-se de um estudo observacional-transversal, tendo-se recorrido à metodologia quantitativa. Foram aplicados 50 questionários a mães de RNPT no momento da alta em três Unidades de Neonatologia. As conclusões deste trabalho foram:

- nas Unidades de Neonatologia analisadas existiam práticas promotoras da amamentação, sendo as menos implementadas a exclusão da tetina e da chupeta
- a decisão materna em amamentar foi influenciada pela respectiva situação laboral, para um grau de significância (α) de 0,05 e intervalo de confiança de 95%. As outras características sócio-económicas foram irrelevantes para a decisão materna;
- a decisão materna em amamentar não teve associação com os dados relativos ao parto
- a principal dificuldade materna relativa à amamentação correspondeu à ausência de leite;
- as mães possuíam conhecimentos específicos da amamentação, sendo adquiridos na sua maioria durante o internamento do filho;
- a prevalência da amamentação dos RNPT no momento da alta das Unidades de Neonatologia foi de 54%, sendo amamentados exclusivamente 14,16% dos bebés.

Palavras-chave: Amamentação, Recém-Nascido Prematuro, Unidades de Neonatologia, Práticas Promotoras, Prevalência

Abstract

BREASTFEEDING IN PRETERM NEWBORNS

Preterm newborn breastfeeding holds a large number of benefits in the short and long run for both the newborn and the mother. Thus, the present investigation had as its primary objective the assessment of the preterm newborn breastfeeding situation over the stay at Neonatology Care Units. An observational-transversal study was done following a quantitative methodology. Fifty questionnaires were applied to preterm newborn mothers at discharge time from three Neonatology Care Units. The conclusions of this investigation were:

- *in the Neonatology Care Units studied there were breastfeeding promoting practices, being exclusion of the pacifier and the bottle the least implemented;*
- *the maternal breastfeeding decision was influenced by the mother's employment situation for a degree of significance (α) of 0.05 and a confidence interval of 95%. Other socio-economic characteristics were irrelevant for breastfeeding decision;*
- *the maternal breastfeeding decision was not influenced in any respect with birth;*
- *the main breastfeeding difficulty point out by the mothers was the absence of milk;*
- *mothers had specific knowledges regarding breastfeeding, while most of them were acquired during their child's hospital stay the preterm newborn breastfeeding prevalence at the discharge time from the Neonatology Care Units was 54%, with 14% of the babies being exclusively breast-fed.*

Keywords: Breastfeeding, Preterm newborn, Neonatology Care Units, Promoting Practices, Prevalence

Recepcionado em novembro 2011. Aceite em dezembro de 2012

⁽¹⁾ Mestre em Saúde Pública; Enfermeira Especialista em Saúde Pública Infantil e Pediatria; Enfermeira do Hospital Prof Doutor Fernando Pessoa, EPE.

INTRODUÇÃO

O leite materno é indiscutivelmente o melhor alimento para o bebé, considerado como específico da espécie. As suas vantagens são sobejamente conhecidas e sustentadas pela evidência científica, sendo promovido por diversas organizações internacionais.

A sua importância no caso do recém-nascido prematuro (RNPT) assume uma relevância ainda maior, uma vez que estes bebés são fisiologicamente imaturos susceptíveis a infecções e ao desenvolvimento de determinadas patologias. Deste modo, o RNPT é caracterizado por apresentar uma elevada vulnerabilidade e fragilidade, que conduzem a um prognóstico clínico incerto.

O leite materno prematuro possui a qualidade e a quantidade de nutrientes adequados às necessidades do RNPT. Por conseguinte, pode contribuir de modo muito significativo para um bom desenvolvimento e adaptação ao meio extra-uterino, para além de proteger o bebé de infecções e/ou complicações inerentes à prematuridade.

Em adição, para as mães, em termos afectivos é também muito importante que o seu leite seja a fonte de alimentação do filho. O facto de contribuir para a saúde do seu bebé de algum modo, ajuda a adaptar-se ao papel de mãe e de cuidadora daquele pequeno ser, internado numa Unidade de Neonatologia, rodeado de monitores e equipamentos de alta tecnologia, sendo igualmente alvo de cuidados especializados por parte de uma equipa multidisciplinar.

A promoção da amamentação tem sido uma área de intervenção por parte de muitos profissionais de saúde. No caso do RNPT o aleitamento materno e amamentação revestem-se de enorme complexidade, constituindo um grande desafio. É um processo longo influenciado pela evolução clínica do RNPT, pelo desejo materno de amamentar, pelo incentivo e apoio por parte dos profissionais de saúde e pelo suporte familiar existente.

Os profissionais de saúde, por si só, têm um papel determinante na amamentação, por um lado, através da adopção de práticas hospitalares promotoras da mesma e, por outro lado, realizando intervenções de apoio e esclarecimento de dúvidas às mães e pais dos RNPT.

A prevalência e a incidência da amamentação dos RNPT em Portugal ainda são uma incógnita. Contudo, empiricamente tem-se a percepção de que a amamentação é inferior à dos bebés de termo. Deste modo, este trabalho de investigação pretende contribuir para a objectivação da realidade portuguesa a nível da amamentação destes bebés vulneráveis.

FUNDAMENTAÇÃO

O Recém-nascido prematuro

Os recém-nascidos prematuros ou pré-termo (RNPT) podem ser definidos como bebés de alto risco cuja idade gestacional é inferior a trinta e sete semanas de gestação. A viabilidade, actualmente, ronda as 23/24 semanas de gestação (Wong, 1999; Kenner, 2001).

As particularidades dos RNPT exigem cuidados especializados e diferenciados em Unidades de Neonatologia (Miura et al., 1997), que disponibilizam um “ (...) completo suporte vital, equipamento de reanimação e monitorização e extenso serviço auxiliar de apoio (...) Além de pessoal médico e de enfermagem altamente capacitado e presente 24 horas por dia (...) ” (Kenner, 2001). A taxa de sobrevivência destes bebés aumentou nas últimas três décadas devido ao avanço tecnológico que permitiu melhorias consideráveis nos cuidados intensivos neonatais. Contudo, mantém-se patente uma elevada morbilidade, associada aos diversos problemas e complicações decorrentes da prematuridade (Silva & Morais, 1994; Papalia & Olds, 2000).

Deste modo, os RNPT são alvo de cuidados específicos, focados nas actividades de vida que o bebé apresenta comprometidas, como é o caso da alimentação (Tamez & Silva, 1999). Assim, a utilização de determinadas técnicas alimentares e a selecção de alimentos específicos podem condicionar a morbilidade e a mortalidade dos RNPT, bem como o seu desenvolvimento a curto e a longo prazo (Tavares & Rego, 2007).

Para alimentar os RNPT pode recorrer-se a vários procedimentos técnicos que visam fornecer o aporte nutricional adequado para o seu crescimento e desenvolvimento. Estes procedimentos

englobam as alimentações parentérica, entérica e oral. A escolha do modo de alimentar o RNPT é determinada pelo respectivo estado clínico, idade gestacional e capacidades fisiológicas (Kenner, 2001; Tavares & Rego, 2007).

A promoção da amamentação dos recém-nascidos prematuros

Os RNPT vivem os seus primeiros meses de vida no hospital. Assim, é neste contexto que o bebé tem as suas primeiras experiências com o meio exterior, nomeadamente o início da sua alimentação. Por conseguinte, existem práticas hospitalares que se instituídas nas Unidades de Neonatologia podem promover e facilitar a amamentação dos bebés prematuros, nomeadamente, a extracção do leite materno, a exclusão do uso de tetina/chupeta e o método mãe-canguru (Nyqvist, 2005; Nye, 2008).

Extracção do leite materno

A lactação, no caso de bebés doentes ou prematuros, pode ser iniciada e mantida através de extracção manual ou de uma bomba eléctrica de extracção/extractor mamário. O início da extracção do leite materno deve ocorrer o mais precocemente possível (WHO & UNICEF, 1993), preferencialmente antes das seis horas pós-parto (Nyqvist, 2005).

A World Health Organization (WHO) & United Nations Children's Fund (UNICEF) (1993) defendem que a mãe do bebé prematuro terá que extrair o seu leite regularmente (sensivelmente de três em três horas), mesmo durante o período nocturno, para estimular a produção de leite. Deste modo, a referida extracção deve ser realizada cerca de sete vezes no período das 24h (Nyqvist, 2005). Uma produção óptima de leite está associada a 5 ou mais extracções de leite por dia com a duração total superior a 100 minutos por dia (Kenner, 2001; Callen & Pinelli, 2005).

Exclusão do uso de tetina e chupeta

A WHO (1998) defende que não se deve oferecer tetinas ou chupetas a bebés que estão a ser amamentados, devido ao facto de interferir com a aprendizagem da sucção e conduzir à preferência pelo aleitamento por biberão em detrimento da amamentação.

Segundo Campos & Salgado (2006) “a técnica da mamada na mama materna envolve movimen-

tos activos da língua do bebé, movimentos estes não necessários ao utilizar tetinas ou chupeta. Assim a utilização precoce de chupeta, tetina ou mesmo de mamilos de silicone pode condicionar insucesso da amamentação (...)”

Método mãe-canguru

O método mãe-canguru ou *Kangaroo Mother Care* (KMC) é definido pelo Ministério da Saúde Brasileiro (2002) como “ (...) um tipo de assistência neonatal que implica contacto pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido.”

A posição de canguru consiste em colocar o bebé entre as mamas da mãe, na posição vertical, peito contra peito. A cabeça do bebé deve estar virada para um dos lados, com uma ligeira extensão, de modo a permitir o contacto visual da mãe e o bebé. As pernas devem estar numa posição de “sapo”, em flexão e afastadas uma da outra. Os braços ficam flectidos. Em seguida coloca-se uma faixa, flanela ou lençol a cobrir o bebé, cujo topo deve ficar imediatamente abaixo da sua orelha, sendo fixa de cada lado nas axilas da mãe. O bebé deve estar vestido apenas com a fralda, gorro e meias se a temperatura ambiente for de 22-24° C. Se for inferior a 22°C deve estar vestido com uma camisola de algodão desapertada à frente para se manter em contacto directo com a pele da mãe (WHO, 2003).

Este método, tem igualmente, sido associado a um aumento da produção de leite, do crescimento do bebé, da competência na amamentação e do tempo de lactação, sendo um elemento facilitador da transição da alimentação entérica para a amamentação (Aguayo, 2001; McGuire et al., 2004; Callen & Pinelli, 2005).

Alimentação por copo

A alimentação por copo foi descrita como um método alternativo de alimentar os RNPT em 1987 no Quénia. Em 1990 surgiu nos Estados Unidos da América um protocolo semelhante, defendendo que se destinava a bebés hemodinamicamente estáveis a partir das trinta semanas

de gestação. Seguiu-se o Reino Unido a recomendar a utilização dos copos para alimentação (Nyqvist, 2005).

O copo é utilizado nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) dos países desenvolvidos, sendo um método simples, prático e económico, proporcionando uma experiência oral positiva ao RNPT. Trata-se de uma forma de alimentação que favorece a amamentação e ajuda a prevenir a *nipple confusion* (confusão do mamilo), uma vez que os bebés não têm de lidar com o mamilo e tetina na boca (Gupta et al., 1999).

A AMAMENTAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

A amamentação do bebé prematuro constitui um desafio tanto para a mãe como para o bebé. Assim, a mãe que deseja amamentar, terá que estabelecer a produção do leite e manter essa mesma produção, estando a remoção precoce do colostro associado a um melhor prognóstico da amamentação. A mãe terá que proceder à extracção do leite durante meses até que o bebé tenha capacidade de mamar. O RNPT, por sua vez, irá vivenciar várias etapas do seu desenvolvimento físico, lutando pela sua sobrevivência. Deste modo, o bebé terá que gradualmente estabilizar os parâmetros cardio-respiratórios, desenvolver a maturação dos seus órgãos, ter ganho ponderal adequado, adquirir e/ou aperfeiçoar os reflexos de sucção e deglutição e estabelecer a sua alimentação (Callen & Pinelli, 2005).

Para compreender a complexidade da amamentação dos RNPT é imperioso atender aos problemas de saúde frequentes nestes bebés, as respectivas necessidades nutricionais e os obstáculos físicos para a lactação e a nível da absorção dos nutrientes (Aguayo, 2001).

A prevalência da amamentação nos bebés prematuros é favorecida com a substituição do biberão pelas sondas gástricas e/ou copo (Collins et al., 2004), sendo maior a probabilidade de no momento da alta clínica estarem a ser amamentados, do que os bebés que foram alimentados por biberão (Kliethermes et al., 1999; Nyqvist, 2005).

A amamentação dos RNPT consiste num método que permite que estes bebés apresentem pa-

râmetros cardíacos e respiratórios mais estáveis, enquanto que a alimentação por biberão é mais stressante repercutindo-se nos sinais vitais (Chen, 2000; Kenner, 2001). Por exemplo, os bebés prematuros durante a amamentação apresentam menos episódios de bradicardia do que quando estão a ser alimentados por biberão (Nyqvist, 2005). Esta forma, a amamentação é mais vantajosa do que o biberão em termos de resposta física imediata do bebé, sendo responsável por melhores saturações de oxigénio, menos episódios de apnéia e temperatura corporal mais estável (Callen & Pinelli, 2005). Estes resultados já tinham sido obtidos, também, por Bier et al. (1997) que comprovam as vantagens em termos físicos da amamentação em detrimento da alimentação por biberão.

De facto, a alimentação por biberão implica que a respiração seja suspensa durante a sucção. Como a respiração e a sucção são coordenadas com mais sucesso na amamentação, o RNPT irá apresentar melhores saturações de oxigénio quando é amamentado (Black & Hylander, 2000).

Os RNPT que são amamentados quando comparados com os que são alimentados com leite artificial, têm momentos de choro mais frequentes, durante o período diurno, não existindo diferenças a nível do tempo de sono total. Deste modo, o choro surge como um factor de maturação, existindo uma percepção do ciclo dia/noite. Por conseguinte, os bebés que são amamentados encontram-se mais activos na hora da mamada. Algumas justificações apontadas para o facto enunciado consistem em: diferença a nível da saciedade; resposta parental ao choro; bioritmo e padrões diurnos (Thomas, 2000).

Durante todo este processo de aprendizagem, os RNPT irão desenvolver a regulação do seu apetite, a manutenção dos seus níveis de energia e homeostase. As mães por sua vez, irão conhecer as necessidades nutricionais do seu bebé, satisfazer a sua fome e necessidade de sucção, proporcionar um ambiente calmo, acolhedor e harmonioso (Thoyre, 2001).

MATERIAL E MÉTODOS

A orientação metodológica utilizada consistiu na metodologia quantitativa. O tipo de estudo correspondeu a um estudo observacional e transversal. Os

participantes no estudo foram mães de recém-nascidos prematuros com alta das Unidades de Neonatologia, que aceitaram participar na investigação.

Foram excluídas as mães não primíparas (porque a experiência anterior positiva ou negativa poderia influenciar a decisão materna), mães com contra-indicação para amamentar e RNPT com anomalias congénitas, porque a amamentação não poderia ser considerada como opção. A recolha de dados foi realizada através de questionário, tendo sido aplicados 50 questionários distribuídos por três Unidades de Neonatologia. Em termos de tratamento dos dados recolhidos recorreu-se à aplicação informática *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.

RESULTADOS

Os dados obtidos através da aplicação dos questionários permitiram realizar uma caracterização sócio-económica da amostra, para além de dar a conhecer informações sobre o parto, as decisões maternas relativas à alimentação do filho, as dificuldades maternas na amamentação do RNPT, as práticas hospitalares promotoras da amamentação que foram realizadas nas Unidades de Neonatologia, a prevalência da amamentação nos RNPT e os conhecimentos maternos a nível da amamentação dos RNPT.

Caracterização sócio-económica

Assim, relativamente à idade, a maioria das mães (85,42%) tinha mais de 25 anos e menos de 35 anos. Sendo que 41,67% apresentava entre 25 e 30 anos. Cerca de 43,75% das mães possuía entre 30 e 35 anos. A média de idades foi de 30,6 anos e a mediana de 31 anos.

Quanto ao estado civil, verificou-se que 87,50% das mães consideradas vivia casada ou em união de facto e 12,50% era solteira. A grande maioria das mães questionadas, cerca de 84,44%, vivia em meio urbano. Em termos de habilitações literárias pode dizer-se que das mães questionadas, 41,67% possuíam bacharelato/licenciatura. Cerca de 18,75%, tinham o 12º ano e com a mesma percentagem tinham o 3º ciclo. As mães que detinham o 2º ciclo eram 12,50%, com o 1º ciclo eram 2,08%

e 6,25% eram titulares de um curso profissional.

Relativamente à situação laboral, a grande maioria, 72,34%, das mães trabalhavam por conta de outrem e 4,26% por conta própria. Aproximadamente 8,51% encontravam-se desempregadas, 8,51% eram domésticas e 6,38% eram estudantes.

O rendimento monetário da família era também assegurado em 86,96% dos casos pelo marido/companheiro/pai do bebé e em 4,35% pelos familiares directos (pais, irmãos, etc.). Em 6,52% existia a contribuição de ambos (marido/companheiro/pai do bebé e familiares directos). Cerca de 2,17% das mães referiram ter outra ajuda para o rendimento monetário, mas não a especificaram. Em termos de seguro de saúde encontrava-se presente em 44,68% dos casos.

Os dados obtidos também permitiram registar alguns dos hábitos das mães dos RNPT. Por conseguinte, 2% das mães eram fumadoras, fumando em média cinco cigarros por dia. Relativamente a bebidas alcoólicas, 4% das mães mencionaram ser consumidoras de vinho e cerveja. Quanto à ingestão de café era um hábito diário de 40% das mães, sendo a média de 2 cafés por dia.

Dados do parto

Em cerca de 14% dos partos nasceram gémeos, sendo que em 2% nasceram três gémeos. Em termos de semanas de gestação, pode afirmar-se que o tempo de gestação apresentado foi muito variável, sendo a média de 30,04 semanas e a mediana 31 semanas. A maioria dos RNPT nasceu no intervalo compreendido entre 30 e 35 semanas de gestação (48,98%) seguidos dos bebés que nasceram entre as 25 e as 30 semanas (30,61%). Até às 25 semanas nasceram 12,24% dos bebés prematuros e entre as 35 e as 37 semanas encontraram-se 8,16% dos nascimentos.

O tipo de parto foi o seguinte: em 59,18% ditócico por cesariana, 34,69% eutócico, e em aproximadamente 6% distócico por fórceps (2,04%) ou ventosa (4,08%). Cerca de 51,16% dos RNPT foram do sexo masculino e 48,84% do sexo feminino. Relativamente ao peso dos RNPT verificou-se que 31,71% dos bebés nasceu com um peso até 1kg. Cerca de 21,95% nasceu com um peso entre 1kg e 1,5kg. Seguindo-se 26,83% com peso

à nascença entre 1,5kg e 2 kg. Cerca de 19,51% apresentou-se com mais de 2 kg.

O tempo médio de internamento dos RNPT foi de 35 dias e a mediana igual a 25 dias.

Decisões maternas

Apesar do nascimento prematuro do filho, 80,49% das mães tiveram a possibilidade de decidir sobre o modo de alimentar o bebé. Das mães que tiveram a oportunidade de participar na referida decisão de como alimentar o bebé, todas optaram pelo leite materno, sendo que 76,74% tomou esta decisão antes de engravidar e cerca de 11,63% durante a gravidez e 11,63% depois do parto.

Dificuldades maternas

As dificuldades na amamentação foram uma realidade para 45,65% das mães dos RNPT. Todas as mães que vivenciaram barreiras na amamentação afirmaram terem sido apoiadas e ajudadas na sua resolução pelos profissionais de saúde das Unidades de Neonatologia.

As dificuldades sentidas pelas mães foram consideradas como resolvidas/ultrapassadas em 80,49% das situações. As dificuldades não ultrapassadas foram descritas por 16% das mães: “ausência de leite” (50%); “quantidade de leite insuficiente” (25%); “um dos bebés permanecer internado” (12,5%) e “saber se o peito ficou vazio” (12,5%).

Práticas hospitalares

As mães dos RNPT na sua maioria (95,92%) consideraram que durante o internamento do seu filho foram incentivadas a amamentar. Ao longo do internamento do RNPT nas Unidades de Neonatologia, 93,88% das mães extraíram o seu leite. Em cerca de 6,12% dos casos não houve esta necessidade. O método mãe-canguru foi experimentado por 70,83% das mães. Relativamente, à prática da sucção não nutritiva (SNN), recorrendo-se ao mamilo da mãe, esteve presente em 72,34% dos casos. A utilização de chupeta foi uma realidade para 81,63%.

Prevalência da amamentação

Durante o internamento a amamentação exclusiva ocorreu em 12,50% das situações, o aleitamento por biberão ocorreu em 25% dos bebés e

cerca de 31,25% dos RNPT foram alimentados com mama e biberão.

No momento da alta 80% dos RNPT eram aleitados com biberão e 54% dos bebés eram amamentados. A utilização do copo como modo de alimentar o bebé prematuro foi um recurso em 82% dos casos. Cerca de 14,29% dos bebés eram amamentados exclusivamente, 40,82% eram aleitados com biberão e 30,61% eram amamentados e aleitados com biberão.

Conhecimentos maternos

Durante a gravidez, 80% das mulheres não teve qualquer formação sobre aleitamento materno. Ao longo do internamento do RNPT na Unidade de Neonatologia, as respectivas mães receberam ensinamentos sobre: técnica de extracção de leite (68%), manter a produção de leite (56%), pega correcta (66%) e prevenção e resolução de problemas frequentes da amamentação (46%).

A grande maioria das mães questionadas (98%) demonstraram ter conhecimentos sobre as vantagens do leite materno para o bebé e 92% conheciam as vantagens para a mãe.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo verificou-se que todas as práticas promotoras da amamentação para os RNPT são uma realidade nas Unidades de Neonatologia estudadas, nomeadamente, a extracção do leite materno, a exclusão do uso da tetina/chupeta, o método mãe-canguru e o aleitamento por copo. Sendo que a exclusão do uso da tetina (18,0%) e da chupeta (18,37%) e o aleitamento por copo (6,0%) dos RNPT, foram as menos utilizadas.

De facto, não oferecer tetinas ou chupetas às crianças amamentadas até que esteja bem estabelecida a lactação, corresponde à medida número nove, das dez directrizes defendidas pela WHO & UNICEF para que um Hospital seja reconhecido como um Hospital Amigo dos Bebés (WHO, 1998).

A alimentação por copo, também se destacou por ser pouco usado (6,0%) durante o internamento. Contudo a sua utilização no momento da alta foi de 82%. Estes resultados podem ser justificados pelo facto de que quando os RNPT adquirem

autonomia alimentar rapidamente tem alta. Deste modo, o aleitamento por copo (leite materno) é uma medida útil para ajudar a estabelecer a amamentação, no sentido que permite evitar a introdução da tetina e contornar o risco de ocorrer a *nipple confusion* ou confusão do mamilo (WHO & UNICEF, 1993; Gupta et al., 1999; Collins et al., 2004; Calil & Vinagre, 2007).

É igualmente, fundamental, realçar que cerca de 95,92% das mães considerou que os profissionais de saúde incentivaram a amamentação dos RNPT durante o internamento. De facto, na análise dos resultados obtidos destaca-se a respectiva intervenção a nível da realização do método mãe-canguro, da sucção não nutritiva e da explicação dos benefícios do leite materno e as suas repercussões na saúde dos bebés prematuros.

Constatou-se que cerca de 80,49% das mães questionadas tiveram a possibilidade de decidir como alimentar o seu filho. Destas, 76,74% tomou a referida decisão antes de engravidar. Este aspecto vem de encontro à ideia que cerca de 1/3 a 1/2 das mulheres nos países desenvolvidos decidem como alimentar o filho antes de engravidarem (WHO, 1998).

Na presente investigação, procurou-se averiguar se existiria alguma associação entre a decisão materna em amamentar o RNPT e as respectivas características sócio-económicas. As características sócio-económicas consideradas foram: idade, estado civil, meio em que vive, habilitações literárias, situação laboral, hábitos tabágicos e seguro de saúde.

Smith et al. (2003), relativamente a esta temática, descreveram a decisão materna em três fases: decisão de extrair o leite, decisão de amamentar e decisão de manter a amamentação. A primeira etapa, decisão de extrair o leite, encontrava-se associada a mães com mais idade, raça caucasiana, com escolaridade superior, quociente intelectual verbal elevado, casadas, não fumadoras e com seguro de saúde. No presente estudo cerca de 93,88% das mães extraíram o seu leite, tendo em consideração que 80,49% tinha decidido o modo de alimentar o filho, pareceu ser um indicador favorável para atingirem o objectivo final amamentar o RNPT.

Verificou-se que a decisão materna em amamentar o filho não se encontrava associado às respectivas características sócio-económicas, com a excepção da situação laboral. Assim, para um intervalo de 95% de confiança e nível de significância (α) de 0,05, concluiu-se que as mães de RNPT cuja situação laboral se traduzia em ser doméstica, ser estudante ou estar no desemprego tendiam a decidir amamentar o filho, cerca de vinte e seis vezes mais do que as mães que estavam empregadas.

Estes resultados são semelhantes aos descritos por Lawrence (1994), referindo-se a um estudo científico realizado por Martinez & Dodd (1981), no qual concluíram que para cada 100 mães empregadas (a tempo inteiro) e a amamentar o filho internado, cerca de 19,8% ainda amamentava após seis meses após o parto. As mães desempregadas, por sua vez, cerca de 50,1% amamentavam aos seis meses de vida do bebé.

Nesta investigação, verificou-se igualmente, que a decisão materna não foi influenciada pelos aspectos relativos ao parto, nomeadamente, tipo de parto, sexo do bebé, nascimento múltiplo, peso do bebé à nascença e semanas de gestação.

Estes resultados são similares aos dados obtidos por Smith et al. (2003) que referem que a decisão materna pela amamentação (através do início da extracção de leite) não tinha qualquer relação com os aspectos relativos ao parto (referidos anteriormente).

Os resultados obtidos demonstraram, ainda, que as mães de RNPT, durante a gravidez, tinham fracos conhecimentos sobre a amamentação. Durante o internamento dos bebés as mães adquiriram conhecimentos significativos na referida área temática. Daí ser fundamental a existência do ensino e programas culturalmente adequados às mães dos RNPT (Dowling, 2005). De facto, o suporte fornecido pelos profissionais de saúde pode favorecer a prática do aleitamento materno (Mosley et al., 2001; Smith et al., 2003; Reinert do Nascimento & Issier, 2003; Callen & Pinelli, 2005).

Relativamente às vantagens da amamentação para o RNPT foram descritas por 98% das mães questionadas. Quanto às vantagens da amamentação para a mãe foram enunciadas por 92% das mães. É de extrema importância que as mães

possuam estes conhecimentos para poderem optar pela amamentação. O facto de ser explicado à mãe, por profissionais de saúde, os benefícios do leite materno (suportado por uma base científica) contribui para aumentar a prevalência da amamentação dos RNPT (Duclos et al., 2002; Miracle et al., 2004; Sisk et al., 2006).

Neste estudo cerca de 45% das mães referiram ter tido dificuldades na amamentação. Apenas 40% especificaram as respectivas dificuldades, sendo a mais referida, por 50%, o facto do “*leite ser pouco para o bebé*”.

De facto, Callen & Pinelli (2005) na sua revisão bibliográfica referem que três dos seis trabalhos realizados sobre esta temática evidenciam a manutenção da produção do leite como a principal dificuldade materna.

As outras dificuldades mencionadas consistiram em: “*privação de dar de mamar pelo estado de saúde do bebé*” (10%), “*leite encaroçado na mama*” (10%) e “*alimentação correcta durante a amamentação*” (10%). A nível teórico, a situação clínica do bebé foi descrita por vários autores como sendo um entrave ao sucesso da amamentação dos bebés prematuros, uma vez que implica a separação física do bebé e da mãe (Thomas, 2000; Mosley et al., 2001; Serra & Scochi, 2004; Callen & Pinelli, 2005). Consequentemente o início da extracção do leite é retardado, dificultando o estabelecimento da lactação. Em acréscimo, a incerteza do amanhã conduz os pais a um estado psicológico frágil, caracterizado pela presença de ansiedade, stress, culpa, medo, que se irá reflectir a nível da produção de leite (Black & Hylander 2000; Kenner, 2001; Espy & Senn, 2003; McGuire et al., 2004; Heermann et al., 2005; Bernaix et al., 2006).

O leite encaroçado na mama prende-se com os problemas com as mamas e mamilos, sendo uma situação frequente nas mães de RNPT associado a uma extracção de leite pouco frequente e/ou pega incorrecta. (Callen & Pinelli, 2005). A preocupação com a alimentação durante a amamentação não foi encontrada em nenhum estudo como dificuldade materna na amamentação dos RNPT.

No que diz respeito às dificuldades não ultrapassadas pelas mães (19,51%), foram especificadas por 16% das mães, sendo as principais razões a

“*ausência de leite*” (50%) e “*quantidade de leite insuficiente*” (25%). Estas razões são mais frequentemente apontadas pelas mães de RNPT do que as mães de bebé de termo, mas na verdade as mães de bebés prematuros, geralmente, produzem duas a três vezes mais leite do que o seu filho necessita (Meier & Brown, 1997).

Nesta investigação, constatou-se que no momento da alta dos RNPT das Unidades de Neonatologia, cerca de 54% eram amamentados e 80% eram aleitados com biberão. Sendo que amamentados exclusivamente eram 14,29%, alimentados por biberão 40,82% e com aleitamento misto (mama e biberão) 30,61%.

Desta forma, o abandono do aleitamento materno ocorre muitas vezes ainda durante o internamento do RNPT nas Unidades de Neonatologia (Hill et al., 1997; Reinert do Nascimento & Issier, 2003). As razões que justificam esta realidade prendem-se por um lado, pela própria imaturidade do bebé prematuro, o facto de ter estado hospitalizado, sujeito a diversos procedimentos técnicos (Mosley et al., 2001; Espy & Senn, 2003). Por outro lado, existem os elementos físicos, nomeadamente, o bebé recusar a mama ou ficar com fome após a mamada, o aporte de leite materno ser insuficiente e a dificuldade materna em saber se tem leite insuficiente, que influenciam negativamente a amamentação (Callen & Pinelli, 2005).

CONCLUSÃO

A amamentação dos RNPT tem sido uma temática pouco explorada e divulgada. No entanto, têm emergido alguns estudos científicos a nível internacional com a finalidade de documentar a realidade da amamentação nestes bebés, bem como validar modos de actuação considerados promotores da amamentação. Foi neste sentido, que a presente investigação assumiu como objectivo: conhecer a situação da amamentação dos recém-nascidos prematuros (RNPT) no período de internamento nas Unidades de Neonatologia.

Através da realização deste trabalho constatou-se que as Unidades de Neonatologia consideradas, demonstraram um interesse particular em promover a amamentação. Esta afirmação é supor-

tada pelo facto de todas as intervenções que se conhecem, enquanto promotoras da amamentação, serem aplicadas na prática.

A exclusão da tetina e a não utilização da chupeta correspondem às intervenções menos conseguidas, sendo uma área a investir nas Unidades de Neonatologia analisadas.

Os conhecimentos maternos sobre aspectos específicos da amamentação aumentaram consideravelmente durante o internamento dos filhos nas Unidades de Neonatologia, sendo o apoio e os ensinamentos às mães de extrema importância para facilitar o processo da amamentação.

Cerca de 80,49% das mães tiveram a oportunidade de decidir sobre o aleitamento do filho, tendo todas optado pelo leite materno. Constatou-se, com um nível de significância (α) de 0.05, que a decisão materna não se encontrava relacionada com as características sócio-económicas da mãe, à excepção da respectiva situação laboral. Deste modo, as mães que se encontravam desempregadas, eram domésticas ou estudantes, tinham vinte seis vezes mais probabilidades de decidir favoravelmente pela amamentação. Também, se concluiu que a decisão materna não se encontrava associada aos dados relativos ao parto.

No entanto, independentemente da decisão materna, algumas mães (45,65%) foram confrontadas com dificuldades a nível da amamentação, sendo a mais referida o facto do “*leite ser pouco para o bebé*” (50 %).

Os profissionais de saúde foram um alicerce importante para a maioria das mães superarem as referidas dificuldades, através das suas intervenções, de ensino e ajuda. Contudo, cerca de 19,51% apesar do apoio recebido mantiveram as suas dificuldades. Estas foram descritas por 16%, sendo as respostas mais obtidas a “*ausência de leite*” (50%) e “*quantidade de leite insuficiente*” (25%).

Assim, no momento da alta dos RNPT para o domicílio, cerca de 54% dos bebés eram amamentados e 80% eram aleitados por biberão. Destacando-se o facto que a amamentação exclusiva foi constatada em 14,29% dos bebés e o aleitamento apenas com biberão foi uma realidade para 40,82% dos RNPT. Os dois modos de alimentação, amamentação e aleitamento com biberão (leite arti-

cial), foram adoptados em 30,61% das situações.

A incidência de bebés prematuros tem sido crescente em Portugal nos últimos anos. Deste modo, a amamentação dos RNPT corresponde a uma medida interventiva simples que irá contribuir de modo significativo em termos de ganhos em saúde a curto e a longo prazo, tendo em fim último um impacto importante na Saúde Pública. Assim, todas as oportunidades de promoção da amamentação não devem ser subestimadas, mas sim incentivadas e direccionadas para se aumentar a prevalência da amamentação e contribuir para o bem-estar dos RNPT.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à Sra Prof. Doutora Isabel Loureiro, ao Mestre António Ferreira e ao Sr. Prof. Mestre Pedro Aguiar pelo apoio, esclarecimentos e orientações ao longo da realização deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- AGUAYO, Josefa – Maternal lactation for preterm newborn infants. *Early Human Development*. 65 (2001) 19-29.
- BERNAIX, L.W. et al. – The NICU experience of lactation and its relationship to family management Style. *MCM: The American Journal of maternal/Child Nursing*.31:2 (March-April 2006) 95-100.
- BIER, Jo et al.. – Breastfeeding infants who were extremely low birth weight. *Pediatrics*. 100: 6 (December, 1997) E3.
- BLACK, Kimberly A.; HYLANDER, Mary Ann - Breastfeeding the high risk infant: implications for midwifery management. *Journal of Midwifery & Women's Health*.45:3(May/June 2000) 238-245.
- CALIL, Valdenisa M.L.T.; VINAGRE, Roberto Diniz – Aleitamento materno em situações especiais. In LOPEZ, Fábio; JÚNIOR, Dioclécio Campos - Tratado de Pediatria : Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri: Manole, 2007.
- CALLEN, Jennifer; PINELLI, Janet – A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration, and barriers to breastfeeding in preterm Infants. *Advances in Neonatal Care*.5:2 (April, 2005) 72-88.
- CAMPOS, António Pedro; SALGADO, Manuel - Aleitamento materno: questões e respostas para pais e profissionais de saúde. *Saúde Infantil*. Nº 28:3 (Dezembro 2006) 47-52.
- CHEN, Chao-Huei – The effect of breast-and-bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants. *Journal Of Human Lactation*. 16:1 (2000) 21-27.
- COLLINS, Carmel et al.. – Effect of bottles, cups, and dummies

- on breast feeding in preterm infants: A Randomised Controlled Trial. *BMJ*. (2004) 193-197.
- DOWLING, Donna A. – Lessons from the past: a brief history of the influence of social, economic, and scientific factors on infant feeding. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 5:1 (March, 2005) 2-9.
- DUCLOS, C. et al.. – Factors associated with the choice of breast or bottle-feeding for hospitalized newborns. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 9:10 (October 2002) 1031-1038.
- ESPY, Kimberly Andrews; SENN, Theresa E. – Incidence and correlates of breast milk feeding in hospitalized preterm infants. *Social Science & Medicine*. 57 (2003) 1421-1428.
- GUPTA, Arun et al.. – Cup feeding an alternative to bottle feeding in a neonatal intensive care unit. *Journal of Tropical Pediatrics*. 45 (1999) 108-110.
- HEERMANN, Judith A. et al.. – Mothers in the NICU: outsider to partner. *Pediatric Nursing*. 31:3 (May/June 2005) 176- 181.
- HILL, Pamela D. et al.. – Breastfeeding patterns of low-birth-weight infants after hospital discharge. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 26: 2 (March/April 1997) 189-197.
- KENNER, Carole – Enfermagem neonatal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.
- KILLERSREITER, B. et al.. – Early cessation of breast milk feeding in very low birthweight infants. *Early Human Development*. 60: 3 (January 2001) 193-205.
- KLIETHERMES, Pamela et al.. – Transitioning preterm infants with nasogastric tube supplementation: increased likelihood of breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 28:3 (May/June 1999) 264-273.
- LAWRENCE, R. A. – Breastfeeding a guide for the medical profession. Mosby-Year Book, 1994.
- LAWRENCE, R.A. – Breastfeeding: benefits, risks and alternatives. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. (December 2000) 519-524.
- MCGUIRE, William et al.. – Feeding the preterm infant. *BMJ*. 329 (2004) 1227-1230.
- MEIER, Paula P.; BROWN, Linda P. – Breastfeeding a preterm infant after NICU discharge: reflections on ryan's story. *Breastfeeding Abstracts: LA LECHE LEAGUE*. 17:1 (August 1997) 3-4.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Método mãe canguru: atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- MIRACLE, Donna Jo et al.. -. Mothers' decisions to change from formula to mothers' milk for very-low-birth-weight infants. *JOGNN*. 33 (2004) 692-703.
- MIURA, et al.. – Neonatologia princípios e prática. 2ª ed. Editora Artes Médicas, 1997.
- MOSLEY, Chiara et al.. – A pilot study to assess the viability of a randomised controlled trial of methods of supplementary feeding of breast-fed pre-term babies. *Midwifery*. 17(2001) 150-157.
- NYE C. – Transitioning premature infants from gavage to breast. *Neonatal Network*. 27:1 (January-February 2008) 7-13.
- NYQVIST, Kerstin Hedberg – Breastfeeding support in neonatal care: an example of the integration of international evidence and experience. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 5:1 (March 2005) 34-48.
- PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos – Desenvolvimento humano. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
- REINERT DO NASCIMENTO, Maria Beatriz; ISSIER, Hugo – Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Revista Hospital Clínica Faculdade da Medicina S.Paulo*. 58:1 (2003) 49-60.
- SERRA, SO; SCOCHI, CG – Mothers's difficulties in breastfeeding premature babies at a neonatal ICU. *Revista Latina Americana de Enfermagem*. 12:4 (Julho-Agosto 2004) 597-605.
- SILVA, Fernando Costa ; MORAIS, Jorge Humberto – Recém nascidos de muito baixo peso: morbimortalidade no Centro Hospitalar Conde S. Januário (Macau). *Revista Portuguesa de Pediatria*. 25:1 (Janeiro/Fevereiro 1994) 17-23.
- SISK, P. M. et al.. – Lactation counseling for mothers of very low birth weight infants: Effect on Maternal Anxiety and Infant Intake of Human Milk. *Pediatrics*. 117:1 (January 2006) 67-75.
- SMITH, Melanie M. et al.. – Initiation of breastfeeding among mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics*. 111: 6 (June 2003) 1337-1342.
- TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja – Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- TAVARES, Eduardo Carlos; REGO, Maria Albertina Santiago – Prematuridade e retardo de crescimento. In LOPEZ, Fábio; JÚNIOR, Dioclécio Campos - Tratado de pediatria : Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri: Manole, 2007.
- THOMAS, Karen A. - Differential effects of breast- and-formula- feeding on preterm infants' sleep-wake patterns. *JOGNN*. 29:2 (March/April 2000) 145-151.
- THOYRE, Suzanne- Challengers mothers identify in bottle feeding their preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing*. 20:1 (February 2001) 41-49.
- WHO; UNICEF – Breastfeeding counselling: a training course participant's manual. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund, 1993.
- WHO – Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 1998.
- WHO – Kangaroo mother Care: a practical guide. Geneva: World Health Organization, 2003.
- WONG, Donna L. – Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

Anabela Valente Carvalho⁽¹⁾

Ângela Maria Cordeiro Lopes⁽¹⁾

Maria Inês Oliveira Santarém Duque Carreira⁽¹⁾



Resumo

Este estudo tem como objectivo descrever as Vivências dos Enfermeiros Face a Situações de Emergência no Pré-Hospitalar, Serviço de Urgência e Bloco Operatório, tendo sido formulada a seguinte questão orientadora: **Quais as vivências dos enfermeiros face a uma situação de emergência?**

Trata-se de um estudo descritivo, de carácter exploratório, com uma abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada nos serviços de Urgência, Bloco Operatório e VMER do CHMT, EPE.

Para a obtenção dos dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada, realizou-se quinze entrevistas, sendo duas de cada serviço do Bloco Operatório, do Serviço de Urgência de cada Unidade e três da VMER, que foram posteriormente transcritas e analisadas através da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2008). Os critérios de elegibilidade da amostra foram: Possuírem pelo menos dois anos de experiência profissional no serviço, terem vivenciado o fenómeno em estudo, mostrarem disponibilidade para realizarem a entrevista e aceitarem a gravação áudio magnética da entrevista.

Identificaram-se e analisaram-se três áreas temáticas: **Alterações Sentidas pelos Enfermeiros em Situações de Emergência; Factores Desencadeantes das Vivências dos Enfermeiros e Estratégias de Defesa.**

Palavras-chave: Enfermeiros, Vivências, Situações de Emergência

Abstract

EXPERIENCES OF NURSES FACING AN EMERGENCY SITUATION.

*This study's aim is to describe the experiences of Nurses when they have to face emergency situations in Pre-Hospital, Emergency Service and Operating Theater. The following guiding question was: **What are the experiences of nurses facing an emergency situation?***

The study is characterized as a descriptive, study of exploratory nature, with a qualitative approach. The study was conducted in emergency departments, Operating theater and VMER of CHMT, EPE.

To obtain the data used a semi-structured interview, and did fifteen interviews, two of each Operating theater, Emergency service, and three from VMER, which were later transcribed and analyzed through content analysis proposed by Bardin (2008). Used a number of eligibility criteria of sample: With at least two years of professional experience in the service, having experienced the phenomenon under study, showing willingness to conduct the interview and accepting a magnetic audio recording of the interview.

*Three subjects were identified and examined: **Changes Experienced by Nurses in Emergency Situations; Factors Triggering the Experiences of Nurses and Defense Strategies.***

Keywords: Nurses; Experiences; Emergency Situations

INTRODUÇÃO

A Enfermagem actual exige do Enfermeiro conhecimentos e habilidades em uma série de áreas, sendo uma delas a emergência médica. Esta caracteriza-se, segundo Batuca (1998, p.25), “Por um conjunto de acções Pré-Hospitalares, Hospitalares e Inter-Hospitalares, implicando uma intervenção dinâmica e coordenada de meios, entre os vários intervenientes e os componentes de uma comunidade, de forma a garantir condições indispensáveis ao salvamento de vidas.”

A emergência tornou-se um desafio provocando por vezes sentimentos de impotência por não se conseguir atingir os resultados esperados (recuperação do doente) apesar dos conhecimentos científicos e habilidades práticas. Também tivemos a percepção por parte dos enfermeiros, de alguma ansiedade e medo quando envolvidos em situações de emergência. Estas situações permitiram reflectir e avaliar o quão importante é o desempenho pessoal e profissional naquele instante, ou seja, depende da vivência e do empenhamento que os melhores cuidados sejam realizados ao doente.

É de toda a pertinência saber como os enfermeiros reconhecem e sabem utilizar as suas vivências. Como gerem o sofrimento que se segue à prestação de cuidados, como reagem ao vivido e que estratégias de defesa são utilizadas na prática dos cuidados.

Este estudo tem como objectivo geral descrever as vivências dos enfermeiros face a situações de emergência no Pré-Hospitalar, Serviço de Urgência e Bloco Operatório e como objectivos específicos: Analisar quais os factores que desencadeiam as vivências dos enfermeiros em situações de emergência; Descrever as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com situações de emergência.

Perante a fundamentação teórica e os objectivos de investigação, foram formulados para este estudo as seguintes questões de investigação: Quais as vivências dos enfermeiros face a uma situação de emergência? Quais as alterações físicas e psicológicas que os enfermeiros experienciam face a uma situação de emergência? Quais os factores que desencadeiam as vivências dos enfermeiros em situações de emergência? Quais as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros face às alterações

físicas e psicológicas sentidas numa situação de emergência?

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Urgência e emergência

Existe para alguns autores, um complemento entre os conceitos de urgência médica e emergência médica, sendo a primeira uma fase desta.

SILVA *et al* (1979) citados por BATUCA, definem urgência médica como

“uma situação em que um doente se encontra, na qual a demora de medidas adequadas, diagnóstico ou terapêutica, podem acarretar-lhe grave risco ou prejuízo” e emergência médica como “nova concepção de determinados cuidados de saúde caracterizada por um conjunto de acções extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, como tal pluridisciplinar, e com a intervenção activa e dinâmica dos vários componentes duma comunidade, intervenção esta perfeitamente coordenada, de modo a possibilitar uma acção rápida, eficaz e com economia de meios” (1998, p. 87).

As situações de maior risco devem ter intervenções terapêuticas o mais precocemente possível, em que os cuidados imediatos diferenciados sejam aplicados em tempo oportuno. É o que é preconizado pela Triagem de Manchester, em que o objectivo é identificar critérios de gravidade, de uma forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido, e o respectivo tempo alvo recomendado até à observação médica (Grupo Português de Triagem, 2002).

Martinez e Nitschke (2001) citado por Cristina (2006), apontam nos seus estudos, que a gravidade de uma doença, bem como os seus respectivos cuidados, são ponderados pelo tempo, que é inversamente proporcional ao grau de urgência, pois quanto maior a urgência, menor o tempo disponível para o início do tratamento. O tempo é importante para a definição do diagnóstico e para que sejam colocados em prática os cuidados mais adequados.

A palavra emergência foi usada formalmente no nosso país aquando da criação da Comissão de Emergência Médica.

O enfermeiro na emergência pré-hospitalar

Segundo Mendes (2002), a importância do papel do enfermeiro pré-hospitalar e dos cuidados de emergência na assistência pré-hospitalar, apresentam-se como um novo desafio para os enfermeiros, de maneira motivadora e muito aliciante, permitindo-lhes espaço para desenvolverem novas aptidões e competências, bem como a possibilidade de transmitirem conhecimentos e informação.

Habitados a prestar cuidados de enfermagem nos serviços de urgência hospitalares, devem assegurar qualidade nos cuidados prestados, bem como no contacto estabelecido com o doente, sendo este o primeiro passo para cuidar com sucesso, como referem Catita e Vaz (2000) citados por Mendes (2002).

Só em 1999 é que a equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) passou a ser constituída por Médico e Enfermeiro, sendo reconhecido e valorizado o papel deste último (INEM, 2002).

Na VMER, o enfermeiro deve estar consciente da sua especificidade, em relação a múltiplos factores externos que podem interferir nas acções a serem desenvolvidas, obrigando-o a ter um modo de estar, pensar e actuar, muitas vezes diferente da que teria em meio hospitalar (Mendes, 2002).

O enfermeiro na sala de emergência

A enfermagem combina elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser e de intuição, que permitem ajudar alguém na sua situação singular.

Segundo Queirós (2001, p. 45) diz-nos que, “a prática dos profissionais de enfermagem é hoje entendida, por todos, como necessitando de um suporte teórico, científico, técnico e relacional importante”. Estas características, são essenciais em situações de urgência e emergência, nomeadamente na recepção de um doente crítico na Sala de Reanimação. Os profissionais devem estar preparados para agir adequada e organizadamente em cada situação oferecendo serviços de qualidade que diminuam o risco de morte e previnam ao máximo as incapacidades residuais.

A actuação da equipa multidisciplinar ao doente crítico deve ser orientada segundo prioridades de acordo com o grau de gravidade dos problemas,

seguindo uma abordagem/avaliação sequenciada e pormenorizada.

O enfermeiro no bloco operatório

O enfermeiro do bloco operatório necessita de uma constante formação e adequação das suas práticas à rápida evolução tecnológica e às novas técnicas cirúrgicas. Por isso, o desenvolvimento de conhecimentos tem que ser alicerçado num elevado nível de competências e desempenho funcional, de forma a habilitar, os enfermeiros a terem a melhor e mais adequada capacidade de resposta perante as pessoas que necessitam de cuidados neste serviço.

Vivência

Para Ballone (2007) vivências são as nossas experiências subjectivas acerca daquilo que vivemos devidamente valorizado e particularmente representado dentro de nosso ser. Estas são, os nossos conteúdos conscientes dos dados perceptivos, representativos, ideativos e emotivos em nossa mente, ou seja, de facto o que estamos vivendo ou foi por nós vivido.

Damásio (2001, p. 319) refere que as “emoções não podem ser conhecidas pelo indivíduo que as possui antes de haver consciência”. Sublinha ainda que o “impacto completo e duradouro dos sentimentos exige a consciência, pois só com o advento do sentido de si podem os sentimentos tornar-se conhecidos dos indivíduos que os experimenta” (2001, p. 56).

Estratégias de defesa

O Cuidar da Pessoa em situação de emergência é, sem dúvida, dos acontecimentos emocionalmente mais desgastantes no dia a dia dos enfermeiros. Uma das formas de lidar com as dificuldades vividas na prática, já estudadas são as estratégias de defesa.

Segundo Morse (1994) mecanismos defensivos como o afastamento, protecção, limitação da consciência, rotulação, distanciamento, negação, são algumas estratégias e recursos utilizados pelos enfermeiros para lidarem com o sofrimento, para não o sentirem.

Mercadier (2004) refere que o controlo das emoções enquanto obrigação implícita, é interio-

rizada durante a socialização profissional, e que se traduz numa relação terapêutica caracterizada pela neutralidade. O confronto com as emoções deixa de ser directo, e até esquecido, através dos actos técnicos. Para a mesma autora, os profissionais desejam, sobretudo não se verem envolvidos numa relação íntima com o doente, relação esta que implica uma vida emocional intensa, com a qual podem não conseguir lidar, e que pode ser insustentável no contexto de hospital empresa.

A repressão das emoções seja qual for, é tremendamente maléfica para o organismo e deve a todo o custo ser evitada, a incapacidade de expressar e vivenciar as emoções é um factor importante na génese das doenças orgânicas. O enfermeiro enquanto ser humano que cuida de outro humano, é confrontado com situações emocionais intensas e com o sofrimento emocional, ou seja, com a emoção e o sentimento do cliente e com as suas próprias emoções e sentimentos (Damásio, 2001).

Para Diogo (2006) o enfermeiro vai desenvolvendo estratégias para lidar com o sofrimento e dificuldades sentidas na prática dos cuidados, que permitem alterar o relacionamento emotivo com o cliente e redefinir situações emotivas de cuidados. Estas podem ser estratégias de gestão ao nível da compreensão e integração da sua experiência humana de sentir ou da construção de defesas das emoções e sentimentos vividos na interacção dos cuidados.

Uma estratégia de defesa muito utilizada é o coping, cujo termo tem sido ao longo dos anos, estudado, caracterizado e conceituado de várias formas, conforme o pensamento dos diferentes pensadores.

Lazarus e Folkman (1984), definiram o conceito de coping como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a controlar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou excedem os recursos adaptativos de um indivíduo. Desta forma coping está associado a um estímulo, ao qual o organismo tenta se adaptar, com o objectivo de manter a integridade do indivíduo, tanto física como psíquica, ou seja tendo o indivíduo consciência da sua realidade, procura estratégias na sua vivência que se pareçam adequar aos agentes stressores, com o fim de resolver ou adaptar-se à situação stressante.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Tendo em conta as várias tipologias de investigação e uma vez que se pretendeu, com este estudo obter informações sobre as vivências dos enfermeiros em situações de emergência, optou-se por um estudo descritivo, de carácter exploratório de natureza qualitativa.

Considera-se que o comportamento humano é amplamente influenciado pelo contexto em que ocorre. Neste trabalho de investigação, foram analisadas as vivências dos enfermeiros que desempenham funções na VMER, no Serviço de Urgência e no Bloco Operatório das três unidades do CHMT, EPE (Unidade de Abrantes, Unidade de Tomar e Unidade de Torres Novas) razão pela qual os investigadores se deslocaram ao local de estudo.

Na elaboração deste estudo foram tidos em conta todos os procedimentos formais e éticos. Foi pedida autorização à Sr^a Enfermeira Directora do CHMT, EPE para a realização das entrevistas necessárias à realização deste estudo, assim como, à Coordenadora da VMER da mesma instituição. Pretendeu-se assegurar a confidencialidade e o consentimento informado e esclarecido de forma a garantir a protecção dos enfermeiros entrevistados.

Na persecução das entrevistas os princípios tidos em conta foram fundamentalmente o direito à auto-determinação, o direito à intimidade e o direito à confidencialidade.

A amostra deste estudo é não probabilística e intencional. Deste modo, pretendeu-se que da amostra façam parte um grupo de indivíduos que tenham vivido o fenómeno em estudo com a finalidade de partilharem o seu conhecimento.

Em relação aos serviços, optou-se por efectuar o estudo com o mesmo número de entrevistas aos enfermeiros, ou seja 2 entrevistas por unidade e por serviço em relação ao Serviço de Urgência e ao Bloco Operatório, na VMER 3 entrevistas, o que totalizou 15 entrevistas. A selecção da amostra teve em conta a opinião do enfermeiro chefe do serviço, após ter conhecimento dos critérios estabelecidos, sendo depois ele a fazer o contacto com os enfermeiros do serviço. Assim, pretendeu-se uma isenção dos investigadores. Considerando que, o saber e a experiência dos sujeitos seleccionados para o estudo é muito importante para que possam

testemunhar sobre o fenómeno, fornecendo dados válidos e completos do mesmo, delineou-se alguns critérios de elegibilidade da amostra: possuírem pelo menos dois anos de experiência profissional no serviço, terem vivenciado o fenómeno em estudo, mostrarem disponibilidade e aceitarem a gravação áudio magnética da entrevista.

Tendo em consideração o tipo de estudo definido e as opções metodológicas tomadas, elaborou-se um guião de entrevista, constituído por duas partes distintas. A primeira direccionada para a caracterização dos sujeitos e a segunda parte por quatro questões abertas, desenvolvidas em torno do tema em estudo.

As entrevistas decorreram no CHMT,EPE durante os meses de Abril e Maio de 2009. O tempo de duração de cada entrevista variou entre os 20 e os 40 minutos, dependendo da quantidade de informação que os entrevistados partilharam. Teve-se em conta um ambiente familiar salvaguardando a privacidade do entrevistado.

Validou-se todas as entrevistas, após devidamente transcritas, através do seu retorno aos participantes por correio electrónico. Foram por estes feitas alterações que se consideraram. Para o tratamento da informação recolhida através das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 15 enfermeiros. A faixa etária desta população foi de 28 a 55 anos, apresentando uma média de idade de 40 anos. Constatou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino, totalizando 11 mulheres (91,2%), e apenas 4 (8,8%) do sexo masculino. Maioritariamente possuem o estado civil casado, e o exercício profissional, varia entre os 4 e os 33 anos de experiência profissional.

Salienta-se que todos os enfermeiros possuem formação em suporte básico de vida. Existe também o domínio de enfermeiros (80%) com o curso de suporte avançado de vida, o que demonstra envolvimento e comprometimento com o tipo de actividade que desenvolvem na prática.

Da análise efectuada surgiram as seguintes áreas

temáticas: **Alterações Sentidas pelos Enfermeiros, Factores que Desencadeiam as Vivências dos Enfermeiros e Estratégias de Defesa dos Enfermeiros**, como podemos analisar na Figura 1

Figura 1 – Vivências dos enfermeiros em situação de emergência



Destas áreas temáticas surgiram 6 categorias, as quais se subdividem em várias sub categorias. Por uma questão de síntese e impossibilidade de apresentação de todas apenas se irá focar a mais referida pelos entrevistados.

Alterações sentidas pelos enfermeiros

Surgem duas categorias, que embora estejam separadas muitas vezes se misturam e em que a sua justificação fundamentada não aparece isoladamente, porque umas alterações desencadeiam outras. Classificou-se como alterações físicas e alterações psicológicas.

Alterações Físicas

Segundo a bibliografia, poderá se justificar que como nos refere Servo (2006) numa fase inicial de resposta do agente causador de stress a pessoa às vezes experimenta uma série de sensações que nem sempre as identifica como stress e que os sintomas são variados como: taquicardia, sudorese, fadiga entre outros.

Os enfermeiros deste estudo também referem sentir **Taquicardia** em situações de emergência.

“(…) taquicardia, não é por causa de...cada vez que o telefone toca (...)” (E6)

“(…) uma taquicardia. ... taquicardia (...)” (E11)

Também outro estudo de Poehkmann (1998), ci-

tado por Soares e Alves (2006) nos afirma que o stress agudo eleva os índices de ansiedade, ritmo cardíaco entre outros.

“(...) quando toca a campainha automaticamente ficamos muito mais acelerados e ... dependendo da situação ... que recebemos na emergência ou esse stress mantêm-se ou esse stress acumula-se (...)” (E 13)

Alterações Psicológicas

A **Ansiedade** é uma alteração muito referida pelos enfermeiros, que está em concordância com o estudo de Almeida e Pires (2007) que diz que é característico da emergência, o inesperado e o imprevisível, e que mesmo estes sendo causadores de ansiedade, são valorizados porque quebram a rotina e a monotonia no trabalho, fazem aparecer o diferente e a possibilidade de criatividade dos profissionais.

“(...) por mais que se tentemos controlar a gente fica bastante ansiosa (...)” (E4)

“(...) até ao momento de sabermos realmente com o que é que contamos é uma ansiedade muito, muito grande (...)” (E 6)

Factores que desencadeiam as vivências dos enfermeiros em situação de emergência

Da análise deste tema surgem três categorias, os factores pessoais, os factores profissionais e o tipo de emergência que desencadeiam as vivências dos enfermeiros em situações de emergência.

Factores pessoais

Mendes (2002) refere que o trabalho, como fonte de satisfação/realização pode ser uma das razões pelas quais ele ganha tanta importância na vida do indivíduo e faz com que a maioria dos trabalhadores não perca o desejo de continuar a trabalhar.

O mesmo referem os enfermeiros deste estudo em relação à **Satisfação/Realização** profissional vivenciadas em situações de emergência.

“(...) se correu tudo bem ficámos satisfeitos e até deixamos passar a hora da nossa saída... e foi uma alegria enorme daquelas em que eu digo vale a pena estar a fazer o que eu faço ... senti na altura a realização do meu trabalho (...)” (E1)

“(...) que nos sentimos compensadas e sentimos-nos bem (...)” (E4)

Factores profissionais

Nesta categoria foram identificadas alguns factores profissionais que desencadeiam as vivências dos enfermeiros perante uma situação de emergência.

Garcia e Rios (1997) realizaram um estudo para verificarem como a enfermagem actuava na sala de emergência, identificaram a necessidade de se estabelecer uma correcta distribuição do material e de estabelecimento de protocolos para fazer face aos problemas encontrados, como a falta de coordenação entre o pessoal, mais de uma pessoa liderando as acções e uma incorrecta mobilidade do pessoal dentro da sala.

A **Organização do Serviço e o Planeamento do Trabalho** também são referidos pelos entrevistados:

“(...) depois se apanho aqui uma fase mais calma dá para descomprimir; o serviço na urgência é muito flutuante e difícil de prever (...)” (E3)

“(...) quando está muita gente, todos a dizer muitas coisas, toda a gente vem para ajudar ... depois está um, ou dois, ou três médicos aqui no nosso caso, todos mandam fazer tudo ao mesmo tempo e (...)” (E9)

Neste estudo verificou-se que os enfermeiros que exercem funções no INEM fazem um levantamento do que podem encontrar na emergência através da informação recebida e, planeiam a acção durante o percurso até ao local onde se encontra a vítima.

“(...) é tudo uma suposição de estruturarmos na nossa cabeça ou de fazermos uma... (pausa) cenário de acordo com o que nos disseram... apesar de ainda termos o caminho até chegarmos a ela ... e vamos sempre a fazer um cenário de como irá ser aquela situação(...)” (E5)

“(...) temos a vantagem do tempo de caminho mais ou menos longo, e depois nesse trajecto podemos elaborar uma estratégia do que vamos encontrar(...)” (E5)

Tipo de Emergência

Um dos factores que desencadeia as vivências dos enfermeiros em situação de emergência é o seu tipo. Foram agrupados os aspectos mais relevantes mencionados pelos enfermeiros deste estudo.

A **Idade do Doente** numa situação de emergência é um factor que desencadeia nos enfermeiros entrevistados, sentimentos intensos e é de salientar a frequência com que este é referido.

“(...) Há pouco tempo chegou-nos um bebé praticamente morto e estas são situações que mexem muito connosco e por mais que se tentemos controlar a gente fica bastante ansiosa e como é que eu hei-de dizer, já para não falar na tristeza porque a criança é sempre uma agonia (...)” (E 4)

“(...) O que a mim me... deita um bocadinho mais a baixo, emocionalmente é crianças (...)” (E 9)

Provavelmente, vários factores interferem para que seja tão significativa esta referência, como mencionado anteriormente. No entanto, da pesquisa efectuada não se encontrou este aspecto salientado em nenhum estudo. Existem estudos realizados em que é abordado os sentimentos dos enfermeiros em situações de emergência, mas são especificamente de adultos ou pediátricos. Provavelmente este aspecto não é referido nesses estudos, porque os serviços onde desempenham funções não são polivalentes, o que não é o caso dos enfermeiros entrevistados.

Estratégias de defesa

Neste estudo verificou-se que as situações de emergência são geradoras de emoções e sentimentos nos enfermeiros que eles tentam superar com estratégias de defesa. Deste tema emergiu uma categoria referenciada pelos enfermeiros, estratégias de coping utilizadas por eles na procura do seu equilíbrio pessoal e profissional.

Coping

Mengel (1982) define *coping* como um conjunto de comportamentos conscientes e inconscientes que um individuo apresenta perante uma situação, a qual ele deseja mudar para elaborar as emoções resultantes de um estímulo stressante.

Lidar com situações de emergência faz viver e lembrar o carácter finito da vida. Estas situações geram nos enfermeiros sentimentos e emoções para as quais utilizam estratégias de defesa que a não serem bem sucedidas podem causar distúrbios emocionais nos próprios enfermeiros.

A **Agressividade / Hostilidade / Irritabilidade** são algumas estratégias de coping focado na emoção encontradas neste estudo, como se pode verificar pelos depoimentos.

“(...) há pessoas que têm insónias outras que andam mais agitados, eu muitas vezes o que sinto é al-

guma irritabilidade que eu reparo que não é normal é como se fosse duas pessoas, eu que até sou uma pessoa relativamente calma essa irritabilidade acho que é devido a esse cansaço diário em que uma pessoa começa a acumular...acumular (...)” (E3)

“(...) às vezes reconheço que a forma de reagir não é a mais correcta com aquelas pessoas ...e temos de fazer um esforço muito grande para nos conseguimos controlar, e não desatar a gritar com toda agente mas acho que vamos conseguindo dentro do possível (...)” (E4)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o estudo, foram diferenciadas alterações físicas e psicológicas, sendo estas últimas as mais referenciadas e com influência negativa, por interferirem mais com a sua vida pessoal e se manifestarem durante mais tempo. Relativamente às alterações psicológicas sentidas pelos enfermeiros em situação de emergência, destaca-se a ansiedade, o stress, o medo, a tristeza e a impotência.

A ansiedade e o stress estão relacionados com a gravidade da situação clínica destes doentes e a imprevisibilidade que está implícita na emergência. O medo surge como um sentimento de incapacidade, de não conseguir dar resposta imediata e correcta à situação que se lhe depara, como a gravidade do doente e o número de vítimas. A tristeza e a impotência, tem destaque quando não conseguem reverter a situação clínica do doente e termina em morte.

Como aspectos positivos dentro destas alterações, referem alegria, que está relacionada quando existe êxito nos cuidados prestados ao doente.

Apesar das alterações físicas serem menos evidenciadas nas entrevistas, não se pode deixar de lhe dar importância. Estas são uma resposta esperada do organismo a uma situação de stress e ansiedade.

Na segunda área temática, aborda-se os factores que desencadeiam as vivências dos enfermeiros em situação de emergência, sendo estes o tipo de emergência, os factores pessoais e profissionais. No tipo de emergência, salienta-se a idade do doente como um aspecto de grande interferência nas suas vivências, misturando-se com aspectos pessoais, ou seja os enfermeiros, comparam as crianças de quem cuidam em situação de emergência com os seus filhos.

Também a presença de familiares provoca-lhes angústia, principalmente quando a informação transmitida é de morte do doente. Depois de uma situação desgastante para o enfermeiro, o stress ainda aumenta com a necessidade de apoio à família.

São os sentimentos positivos, os aspectos pessoais mais evidenciados, sendo estes fontes de motivação, para continuarem a desempenhar funções nestes serviços, e não solicitarem a mudança para outros, onde estas situações ocorressem com uma frequência mais baixa.

No entanto, em relação aos aspectos profissionais, os sentimentos são negativos e de algum desagrado. Evidenciam a necessidade de uma melhor organização e planeamento, dentro da equipa de emergência, bem como o treino das situações menos frequentes. Existe uma diferença dentro deste estudo, na organização da equipa no hospital e no pré-hospitalar. Neste último, há uma referência a uma melhor organização/ planeamento e trabalho em equipa, uma vez que esta é mais restrita.

Os enfermeiros reconhecem, que a experiência que têm adquirido ao longo dos anos, lhe dá um grande suporte na actuação, e resolução das situações mais inesperadas que lhe surgem. Referem a sobrecarga de trabalho e o não reconhecimento do seu desempenho como um aspecto negativo.

Todas as entrevistas, evidenciam estratégias de defesa dos enfermeiros, para ultrapassarem de uma forma o mais saudável possível, sentimentos que os marcam de uma forma significativa. É evidente ao longo dos discursos, que nem todos utilizam as mesmas estratégias. O enfrentar da situação, a reflexão e o humor são estratégias utilizadas na procura do seu equilíbrio emocional. Estes comportamentos surgem no pós emergência, sendo que a reflexão é muitas vezes feita com outro enfermeiro, que é considerado pelos seus pares como uma referência, ou como um amigo dentro da equipa, uma vez que o enfermeiro tem necessidade de falar dos seus sentimentos e do seu desempenho técnico. Por vezes, esta reflexão também é efectuada em conjunto com os familiares mais próximos.

É fundamental que o enfermeiro enquanto pessoa, e pessoa que cuida de outro, para além de desenvolver capacidades técnicas de actuação eficaz, deve também compreender-se a si próprio.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Paulo J.S.; PIRES, Denise E. P. - **O Trabalho em emergência: entre o prazer e o Sofrimento** - [Em linha]. Revista Electrónica de Enfermagem, 2007. [Consult. 01 Out. 2008]. Disponível em WWW:<URL: [http:// www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a05.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a05.pdf).
- BALLONE, Geraldo J. - **Sentimentos e Emoções** - [Em linha]. (2007). [Consultado 18 Outubro 2008] - Disponível em WWW:<URL: <http://www.psiqweb.med.br/>.
- BARDIN, Laurence - **Análise de Conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70. 2008. ISBN 978-972-44-1506-2.
- BATUCA, Artur A. L.R. - **Representações Social Sobre o Sistema Integrado de Emergência Médica**. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. 1998.
- CRISTINA, Jane A. - **Vivências de uma Equipa Multiprofissional de Atendimento Avançado Pré-Hospitalar Móvel ao Adulto em Situação de Parada Cardiorespiratória**. Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 2006.
- DAMASIO, António - **O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência** . 12ª ed. Mem Martins. Publicações Europa América. 2001.
- DIOGO, Paula M. J. - **A Vida Emocional do Enfermeiro**. 1ª ed. Coimbra. Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-70-0.
- GARCIA, C.; RIOS, M. - **Enfermería en Sala de Críticos Emergencias**. Madrid. Vol.9, nº 4, (1997), p. 236-238.
- GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - **Triagem no Serviço de Urgência**. 2ª ed. Lisboa. 2002.
- INEM - **Meios do INEM: VMER**. Via Verde para a Vida – Newsletter do INEM. Comunicação para a Vida. Lisboa. nº2 (Junho 2002) p.3
- LAZARUS R.S. & FOLKMAN, S. (1984). **Coping and Adaptation**. New York. Handbook of Behavioral Medicine : The Guilford Press. (1984). p. 282-325.
- MENDES, A.M. - **Trabalho em Transição, Saúde em Risco**. Brasília: Editora Universitária de Brasília. (2002), p. 27-42.
- MENGEL, A. - **The Concept of Coping**. Topics in Clinical Nursing. ISSN 0164-0534. Vol. 4, (1982), p. 1-3.
- MERCADIER, Catherine. - **O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar**. Loures: Lusociência, 2004.
- MORSE, J. - **Critical Issues in Qualitative Research Methods**. Califórnia: Sage Publications, 1994.
- QUEIRÓS, Ana A. - **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto, 2001.107 p.
- SERVO, Maria L.S. - **Implantação de um Hospital Geral e o Caminhar da Coordenação do Serviço de Enfermagem: Stress, Coping e Burnout**. Revista Sitientibus. Feira de Santana. n º34 (2006), p. 7-24.
- SOARES, António J. A.; ALVES, Maria G. P. - **Cortisol como variável em psicologia da saúde**. Psicologia, Saúde & Doenças. Vol. 7, nº 2 (2006), p. 165-177.

O CONCEITO DE EQUIPA NO CONTEXTO DA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Marília Maria Andrade Conceição e Neves⁽¹⁾
 Maria Teresa Oliveira Soares Tanqueiro⁽¹⁾
 Cristina Maria Figueira Verissimo⁽¹⁾
 Margarida Alexandra Carramanho Moreira da Silva⁽¹⁾



Resumo

A reforma dos cuidados de saúde primários portugueses, iniciada em 2005, põe em relevo a equipa considerando-a como elemento estrutural central. Analisa-se o conceito de equipa perspectivando o potencial da Enfermagem neste âmbito.

Seleccionou-se a documentação orientadora desta reforma e os relatórios de progresso, elegendo-se como metodologia de análise a proposta por Walker e Avant (2005).

O conceito é usado como 'equipa de cuidados primários' com atributos de multiprofissionalidade, responsabilidade explícita por uma comunidade, orientação para a compreensividade, integração e continuidade de cuidados com mobilização de recursos comunitários. Surgem como principais antecedentes a fragmentação da oferta de cuidados e como consequentes a melhoria do acesso aos cuidados, aumento da cobertura e melhores resultados de saúde.

O conceito é também usado como 'equipa de saúde' com atributos associados a multiprofissionalidade e multidisciplinaridade, estabilidade e dimensão reduzida, prestadoras de cuidados longitudinais e em proximidade. Emerge como antecedente a adequação de recursos, como consequentes o empoderamento dos utentes, a melhoria na qualidade dos cuidados e satisfação com os serviços.

Enquanto figuras centrais nestas equipas, emerge a oportunidade para uma maior responsabilização dos enfermeiros na liderança e coordenação de cuidados de proximidade, numa perspectiva de continuidade, integradora e longitudinal.

Palavras-chave: Equipa; Cuidados Saúde Primários; Enfermagem

Abstract

THE CONCEPT OF TEAM IN THE REFORM OF PRIMARY HEALTH CARE IN PORTUGAL: IMPLICATIONS FOR NURSING.

The reform of primary health care Portuguese, begun in 2005, highlights the team considering it as central structural element. Analyzes the concept of team anticipating the potential for nursing in this area.

Was selected documentation guiding this reform and progress reports, electing as methodology of analysis proposed by Walker and Avant (2005).

The concept is used as 'primary care team' with attributes multiprofessionality, explicit responsibility for a community, orientation comprehensiveness, integration and continuity of care mobilizing community resources. Emerge as major antecedents fragmentation of care provision and consequential as improving access to care, increased coverage and better health outcomes.

The concept is also used as a 'health team' attributes associated with the multiprofessional and multidisciplinary, stability and small size, providing longitudinal care and closeness. Emerge as antecedent adequacy of resources, as the consequent empowerment of users, improving the quality of care and satisfaction with services.

While central figures in these teams, the opportunity emerges for greater accountability of nurses in leadership and coordination for a proximity care, a perspective of continuity, integrating and longitudinal.

Keywords: Team; Primary Health Care; Nursing

Recebido em novembro 2011. Aceite em outubro de 2012

⁽¹⁾ Professora-adjunta. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

INTRODUÇÃO

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) portugueses, iniciada em 2005, assenta numa arquitectura organizacional cujo elemento estrutural central é o de equipa. Visa melhorar o desempenho dos centros de saúde através da sua reorganização numa rede descentralizada de diferentes tipos de equipas, que constituem as unidades funcionais dos centros de saúde, com missões específicas consoante os problemas e as necessidades de saúde a satisfazer.

Destacam-se as equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente: das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), cujas missões específicas são os cuidados à pessoa e à família; da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), responsável pelos cuidados a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade; da Unidade de Saúde Pública (USP), a quem compete desenvolver intervenções no meio físico e social e acções com alcance populacional. Estas diferentes equipas complementam-se entre si, estão mais próximas dos cidadãos e assumem compromissos de acessibilidade e de qualidade dos cuidados. Na reforma dos CSP têm sido protagonistas os profissionais organizados em equipas multiprofissionais nos diversos tipos de unidades funcionais que, no seu conjunto, dão corpo e vida aos Centros de Saúde e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

A produção teórica sobre equipa permite constatar que raramente tem sido explorada como realidade objectiva, com predominância de abordagens sobre as relações interpessoais e os processos do trabalho em equipa. Genericamente concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços, uma equipa de saúde é uma realidade constituída por profissionais individuais com liberdade para agir de modo nem sempre totalmente previsível e cujas acções se encontram interligadas a tal ponto que a acção de um profissional modifica o contexto para os outros. Assim, o desenvolvimento destas equipas pressupõe que a intervenção especializada de cada grupo profissional se complemente, se construa na interacção entre profissionais e com os utentes, numa perspectiva multidisciplinar (Pедуzzi, 2001;

Ministério da Saúde, 2011). Como sujeitos da re-composição destas equipas, os profissionais de saúde terão que ser concordantes sobre o conceito de ‘equipa’ para assumir desafios para a mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde.

Conceito é uma imagem mental, é um pensamento, uma noção ou uma ideia. Usamos a linguagem para expressar conceitos e assim atribuímos palavras que simbolizam ideias e significados e expressam a abstracção dos conceitos. As palavras que usamos não são os conceitos, são apenas instrumentos para comunicá-los aos quais se vincula um significado através de definição formal ou através do uso comum. Um dos principais requisitos da palavra que designa o conceito é que ela seja capaz de expressar através do seu significado o que ocorre na realidade empírica, isto é, deve reflectir o mesmo conceito para diferentes pessoas. Assim, a análise de um conceito tem como finalidade mantê-lo actualizado uma vez que os conceitos se vão modificando continuamente (Serralheiro, 2000; Walker e Avant, 2005).

Todos estes pressupostos motivaram a análise do conceito de equipa no âmbito da reforma dos CSP, perspectivando o potencial da Enfermagem neste contexto.

METODOLOGIA

Acedeu-se à página electrónica do Ministério da Saúde e seleccionou-se toda a documentação orientadora da reforma dos Cuidados de Saúde Primários e os relatórios de progresso da sua reorganização. Para a análise do conceito optou-se pelo Método Tradicional, com a adaptação proposta por Walker e Avant (2005) às etapas de análise sugeridas por Wilson em 1963. Procurou-se identificar os seus usos, atributos definidores, referências empíricas, antecedentes e consequentes, isto é, as possíveis aplicações do conceito, características discriminatórias que mais frequentemente lhe são associadas, ocorrências que o ilustrem, possíveis circunstâncias que o antecederam e eventuais consequências que dele decorrem.

As duas primeiras etapas surgiram como preliminares do próprio método, sendo essenciais para a definição das etapas subsequentes:

-A *Seleção do conceito* foi uma etapa aparentemente simples mas que resultou da reflexão sobre os aspectos anteriormente enunciados e determinaram que ‘equipa’ fosse o conceito seleccionado.

- Quanto ao *Objectivo de análise*, teve como propósito único esclarecer o significado do conceito no contexto dos CSP.

Das etapas seguintes, algumas ocorreram simultaneamente embora se descrevam sequencialmente:

- Para *Identificação dos usos do conceito* procurou-se a palavra-chave ‘equipa’ em todos os documentos, efectuou-se leitura dos parágrafos onde se inseria para a contextualizar e encontrar as suas possíveis aplicações.
- Para a *Determinação dos atributos definidores* procuraram-se as características discriminatórias do conceito de equipa, isto é, as características que mais frequentemente lhe são associadas e que permitem destriçar o que é uma expressão do conceito do que não é, nos possíveis contextos em que a equipa está inserida.
- Na *Identificação de antecedentes e consequências* efectuou-se o levantamento de possíveis circunstâncias, incidentes ou eventos, que antecederam o conceito de ‘equipa’ e de eventuais consequências que decorrem posteriormente deste conceito.
- As *Referências empíricas* ilustram a ocorrência do conceito pelo que, no caso da equipa, se procuraram exemplos ou características observáveis que descodificassem os seus atributos definidores.

RESULTADOS

Os resultados evidenciam que o conceito de equipa é *Usado* em duas perspectivas: como ‘*equipa de cuidados primários*’, mais abrangente, e como ‘*equipa de saúde*’, mais restrita.

Enquanto ‘equipa de cuidados primários’ são-lhe imputados *Atributos* de:

- *Multiprofissionalidade*, organizando-se em geometria variável de profissionais consoante as necessidades e recursos disponíveis.
- *Responsabilidade explícita por uma comunidade ou população*, com circunscrição geográfica

definida por dimensão e especificidades da população e racionalidade de meios.

- *Orientação para a compreensividade* das ofertas e respostas do sistema de saúde, abrangendo as várias dimensões dos determinantes e problemas de saúde.
- *Integração e continuidade de cuidados*, incluindo desde intervenções de promoção da saúde e de prevenção da doença até procedimentos de diagnóstico e tratamento ou referenciação a serviços mais diferenciados, a cuidados domiciliários em situações de doenças crónicas ou prolongadas e de serviços sociais.
- *Mediação entre a comunidade e o sistema de saúde*, referenciando ou recorrendo ao apoio de especialistas, hospitais, centros de diagnóstico e de tratamento especializado, programas de saúde pública, serviços de cuidados prolongados, cuidados no domicílio ou serviços sociais, ajudando as pessoas a navegar neste ambiente complexo.
- *Mobilização de recursos comunitários* para garantir uma estrutura organizacional de coordenação e execução dos programas e projectos de intervenção na comunidade, envolvendo organizações autónomas da comunidade, das instituições particulares de solidariedade nacional, dos organismos do Estado com responsabilidade nestas áreas, das autarquias locais e de outros parceiros sociais da respectiva área.

As *Referências empíricas* que permitem observar ou interpretar na prática a ‘equipa de cuidados primários’ surgem associadas ao desenvolvimento de programas e projectos de intervenção na comunidade, de que são exemplo as equipas de Saúde Oral, Saúde Escolar, Saúde Ocupacional, de Cuidados Continuados e Paliativos no Domicílio, ou então derivadas da actividade de unidades funcionais, como é o caso da equipa da Unidade de Saúde Pública (USP) e da *equipa da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados* (URAP) que assegura e rentabiliza serviços específicos, assistenciais e de consultadoria às unidades funcionais e aos projectos de saúde comuns a várias unidades do Centro de Saúde ou Agrupamento de Centros de Saúde.

Como *Antecedentes* da ‘equipa de cuidados pri-

mários' surgem a fragmentação da oferta de cuidados, com o desenvolvimento de *acções isoladas*, e a emergência dos cuidados primários como coordenadores de uma resposta integrada e orientada para as necessidades e expectativas das pessoas.

Como *Consequentes* evidenciam-se: a melhoria do acesso aos cuidados, com redução do tempo de espera de atendimento, da utilização dos serviços de urgência e da taxa de internamento; o aumento da cobertura de cuidados preventivos, com melhor cobertura vacinal e detecção precoce de vários problemas de saúde através de rastreios; melhores resultados de saúde com redução da mortalidade global e efectividade da gestão da doença crónica; a utilização eficiente dos recursos com sinergismo *de acção*; recursos humanos diversificados e flexíveis na interface entre a população e os serviços de Saúde com reconhecimento da complexidade e diversidade de respostas; a mudança de paradigma na formação em saúde, habilitando para a prestação de cuidados orientados para a pessoa.

Quanto ao outro *Uso* do conceito, como 'equipa de saúde' surge com *Atributos* associados a:

- *Auto-organização funcional e técnica*, constituídas caso a caso de acordo com a dimensão populacional e as suas necessidades específicas, com competências de gestão clínica, do utente, administrativa e de desempenho.
- *Estabilidade e dimensão reduzida*, de forma a desenvolverem um relacionamento personalizado e de confiança, que perdure no tempo e garanta a continuidade dos cuidados.
- *Multiprofissionalidade e multidisciplinaridade* englobando um leque de profissionais de apoio administrativo e auxiliar e de diversificadas áreas disciplinares como sejam, por exemplo, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas.
- *Proactivas* na intervenção em regime ambulatório, domiciliário ou na comunidade, tanto numa perspectiva individual ou familiar como de grupos vulneráveis.
- *Prestação de cuidados em proximidade e de forma longitudinal*, centrado nas necessidades da pessoa, considerando-a na sua totalidade, na sua especificidade familiar e no contexto da sua comunidade, durante o ciclo de vida.

- *Utilização de sistemas tecnológicos de informação e comunicação*, em ambiente informático, que permitam o armazenamento, a transferência e a partilha de informação e de dados no domínio da saúde.

As *Referências empíricas* da 'equipa de saúde' encontram-se, por exemplo, nas equipas das Unidades (Funcionais) de Saúde Familiar (USF) e de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e das equipas de prestação de cuidados de saúde a grupos populacionais específicos a partir de Unidades Móveis de abordagem proactiva.

Como *Antecedentes* da 'equipa de saúde' emerge a adequação de recursos e investimentos, sobretudo a necessidade de flexibilidade organizativa e de gestão com autonomia e responsabilização pela contratualização de recursos.

Como *Consequentes* sobressaem: o empoderamento dos utentes através do acesso a informação sobre os seus direitos e dos padrões de desempenho a esperar dos serviços procurados; a melhoria na qualidade dos cuidados, com maior efectividade e mais seguros; a relação de confiança entre os serviços de saúde e a comunidade pelo incremento do conhecimento mutuo; a melhoria da satisfação com os serviços, pela extensão da cobertura e oferta de cuidados.

Quadro síntese dos dois Usos do conceito

	EQUIPA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS	EQUIPA DE SAÚDE
ATRIBUTOS	- Responsável por uma comunidade - Mutável e alargada - Multiprofissional - Orientação para a compreensividade - Integração e continuidade de cuidados - Mediação entre a comunidade e SNS - Mobilização de recursos comunitários	- Responsável por utentes, famílias e grupos - Estável e de tamanho reduzido - Multidisciplinar e Multiprofissional - Organizacional e técnica - Proximidade e longitudinalidade cuidados - Com sistemas de informação - Proactiva
REFERÊNCIAS EMPÍRICAS	- Equipa Domiciliária - Suporte Cuidados Paliativos - Equipa de Saúde Oral - Equipa Unidade Saúde Pública - Equipa Unidade Recursos Assistenciais Partilhados	- Equipa Unidade Saúde Familiar - Equipa Unidade Cuidados Saúde Personalizados - Equipa Unidade Móvel

ANTECEDENTES	- Fragmentação da oferta de cuidados - CSP coordenadores de resposta integrada	- Adequação de recursos e investimentos
CONSEQUENTES	- Melhoria do acesso aos cuidados - Aumento da cobertura de cuidados preventivos - Melhores resultados de saúde - Utilização eficiente dos recursos - Recursos humanos diversificados e flexíveis - Mudança de paradigma na formação em saúde	- Empoderamento dos utentes - Melhoria na qualidade dos cuidados - Relação de confiança serviços/comunidade - Melhoria da satisfação com os serviços

Da análise do conceito de equipa sobressai o potencial da Enfermagem enquanto elemento central de qualquer equipa multidisciplinar no contexto do Cuidados de Saúde Primários. Reforça-se a convicção de que os enfermeiros desempenham e devem reforçar o seu papel de vanguarda nos CSP (ICN,2008) e na inovação dos cuidados (ICN, 2009) pelas competências que detêm, os ambientes e áreas onde intervêm.

Os enfermeiros possuem:

- Competência de reciprocidade para um trabalho em parceria na gestão de situações de doença crónica, facilitadoras de uma maior compreensão da doença e da sua gestão, promovendo a tomada de decisão e a responsabilização pela gestão do autocuidado reforçando a autonomia do utente.
- Competências clínicas desenvolvendo um processo de cuidados personalizado e integrado aos utentes com doença crónica, favorecendo uma maior adesão à terapêutica e às medidas de autocuidado.
- Competências de comunicação e interacção em proximidade com o utente e cuidadores, ou pessoas significativas no processo de cuidados, para coordenar a capacitação para o autocuidado.
- Competências de intervenção sistémica desenvolvendo dinâmicas de interacção com as famílias no sentido de promover os seus pro-

jectos de vida gerindo e coordenando as necessidades e potencialidades em prol da saúde.

- Competências de interacção nas dinâmicas das equipas de saúde familiar, para assegurar os cuidados de qualidade, uma vez que se apresenta como *pivot* no centro das equipas multidisciplinares.
- Competências pedagógicas e relacionais que permitem à equipa de saúde familiar obter o envolvimento da família nos cuidados e por isso melhores resultados em saúde.
- Competências de gestão de projectos para aumentar a conscientização dos cidadãos para os seus direitos, necessidades e problemas potenciais, para desenvolver as potencialidades salutogénicas das famílias e da comunidade.
- Competência de trabalho colaborativo e em rede, essencial para as parcerias e a gestão de casos associados a factores sociais e comportamentais, nomeadamente o abuso de substâncias e situações de violência, conjugando o cuidado autónomo e colaborativo de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades.
- Competência de advocacia em situações de ameaça para a saúde e bem-estar, especialmente em populações vulneráveis, particularmente os idosos, pessoas com deficiência, pessoas em ambientes de violência, contextos de pobreza e grupos minoritários.
- Competências de liderança e organização de processos comunitários de triagem, identificação e referenciação de vítimas e pessoas em risco de violência, sejam crianças, mulheres ou idosos, promovendo a salvaguarda da sua saúde, dignidade e segurança, contribuindo para reduzir a incidência e prevalência desta problemática.

Os enfermeiros proporcionam cuidados nos mais variados ambientes em que as pessoas se encontram: nas suas casas, nos locais de trabalho, nas escolas e em diversos contextos comunitários. Assim, detêm um posicionamento privilegiado para intervir no processo dinâmico de promoção da saúde, promovendo a responsabilização das pessoas e reforçando as acções e envolvimento da comunidade na definição de prioridades, tomada

de decisão, planeamento e implementação de estratégias para alcançar uma saúde melhor. Os enfermeiros intervêm na gestão, no planeamento, na prestação de cuidados e na investigação em saúde. Deste modo, como profissionais e prestadores de cuidados de saúde inseridos numa das Equipas de Cuidados Primários ou numa das Equipas de Saúde abrangidas pelo conceito no contexto actual dos CSP, os enfermeiros têm a oportunidade de participarem na formulação de políticas de saúde e gestão de sistemas de saúde e educação e o imperativo de desenvolver serviços e cuidados de saúde orientados para a multisectorialidade e a multidisciplinaridade.

CONCLUSÕES

O conceito de equipa surge direccionado para um novo paradigma de intervenção na prestação de cuidados de saúde, orientado pela multidisciplinaridade, compreensividade, integralidade, longitudinalidade e proximidade numa disposição proactiva.

Colocam-se desafios à enfermagem para redesenhar cuidados inovadores decorrentes das expectativas e das necessidades dos utentes e de outros parceiros prestadores de cuidados de saúde:

- Os enfermeiros conhecem as necessidades dos utentes e das famílias em casa, no trabalho e no lazer, prestam cuidados onde quer que as pessoas se encontrem e optimizam as suas circunstâncias de vida.
- São 'próximos do utente e das famílias' no acesso aos cuidados e oferecem não só cuidados terapêuticos mas também cuidados de bem-estar, de aconselhamento e a capacitação para a tomada de decisões e para o autocuidado, ao longo de todo o ciclo de vida.
- Promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e outros prestadores de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração.
- Têm um domínio de intervenção que abrange a promoção da saúde, a prevenção da incapacidade e da doença e a sua gestão, a promoção e defesa de ambientes saudáveis e seguros.

Em face do exposto, enquanto figuras centrais

nas equipas multidisciplinares em cuidados de saúde primários, emerge a oportunidade para uma maior responsabilização dos enfermeiros na liderança e coordenação de cuidados de proximidade, numa perspectiva de continuidade, integradora e longitudinal.

BIBLIOGRAFIA

DECRETO-LEI n.º 28/08. D.R. I SÉRIE. N.º 38 (2008-02-22), p. 1182-1189. - Ministério da Saúde. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. s. l.: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972- 99646-7-1.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação dos cuidados. s. l.: Ordem dos Enfermeiros, 2009. ISBN: 978-989-96021-3-7.

PEDUZZI, Marina - Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública. 35 (1), (2001), p.103-9.

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Coordenação Estratégica (2010-2011). Progresso da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Relatório 1. Lisboa: Ministério da Saúde. 2011

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Coordenação Estratégica (2010-2011). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Relatório de Progresso 2. Lisboa: Ministério da Saúde. 2011

Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. 2009

SERRALHEIRO, M. – Análise e desenvolvimento de conceitos. Textos de apoio a disciplina: Ciências de Enfermagem II, Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: ICBAS, 2000.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. – Strategies for theory construction in nursing. 4th ed. London: Prentice Hall; 2005.

IMPLICAÇÕES NO AUTOCUIDADO ASSOCIADAS A CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

Daniela Vidal Correia Pereira dos Santos⁽¹⁾

João Manuel Nascimento Garcia Graveto⁽²⁾

Rita Patrícia de Brites Abreu⁽³⁾



Resumo

O Cateter Venoso Periférico é utilizado frequentemente nos cuidados de saúde, tendo implicações no autocuidado. Pretende-se conhecer, em adultos internados com cateter venoso periférico, quais as intervenções de enfermagem para promover o autocuidado e diminuir as complicações inerentes ao mesmo.

A metodologia de pesquisa utilizada foi a revisão sistemática da literatura, estruturada segundo “*Cochrane Handbook*”, pesquisando na plataforma bibliográfica *EBSCOhost* e em literatura de referência. Definiram-se critérios de inclusão, e dos 198 artigos iniciais, apenas 14 se enquadravam.

Os cuidados durante o processo de cateterização são cruciais para a prevenção de complicações e de alterações no autocuidado.

De acordo com as investigações, realçam-se a lavagem das mãos, a observação do local de inserção, utilização de técnica asséptica durante o manuseamento, são fundamentais numa cateterização eficaz. Deve-se investir na formação dos enfermeiros e aumentar a produção científica, para diminuir a incidência de complicações e promover a autonomia com vista ao bem-estar.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; cateter; autocuidado

Abstract

IMPLICATIONS FOR SELF-CARE ASSOCIATED WITH PERIPHERAL VENOUS CATHETERS.

The peripheral venous catheter is often used in healthcare, with implications for self-care. It is intended to know, in hospitalized adults with peripheral venous catheter, which nursing interventions to improve self-care.

The research methodology used was the systematic literature review, structured according to “Cochrane Handbook” by searching the EBSCOhost bibliographic platform and reference literature. After defining some inclusion criteria, from 198 initial articles only 14 were suited for the systematic revision.

Care during the catheterization are crucial for the prevention of complications and changes in self-care. We should invest in the training of nurses and increase the scientific output, to decrease the incidence of complications and promote independence with the patients well-being in mind.

Procedures such as handwashing, observation of the insertion site and use of aseptic technique when handling, are critical in effective catheterization.

Keywords: Nursing care; catheters; self care.

Recebido em outubro 2011. Aceite em outubro de 2012

⁽¹⁾ RN, Mestranda em Enfermagem – Vertente de Supervisão Clínica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

⁽²⁾ RN, MSc, PhD – Docente na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

⁽³⁾ RN.

INTRODUÇÃO

A cateterização refere-se ao ato de inserir um dispositivo – cateter ou sonda – com a finalidade de introduzir ou extrair um determinado componente do organismo ou substâncias estranhas a ele⁽¹⁾.

Os dispositivos de acesso venoso estão diretamente associados a alterações no autocuidado. Estas alterações, juntamente com as capacidades de autocontrole, podem resultar em dependências físicas e psicológicas, às quais os enfermeiros precisam de responder de uma forma adequada e profissional.

O autocuidado é considerado o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam para seu benefício, com o intuito de manter ou promover a vida, a saúde e o bem-estar⁽²⁾. Quando uma pessoa é incapaz de cumprir os seus requisitos de autocuidado pela existência de um déficit, cabe ao enfermeiro fazer o diagnóstico dessas alterações, definir e desenvolver ações, de modo a facilitar os processos de transição, tendo em vista o bem-estar⁽²⁾. Complementarmente, defende-se que os objetivos centrais dos cuidados de enfermagem são: ajudar o indivíduo nas suas ações para o autocuidado, de modo a preservar a saúde e a vida; recuperar a doença e confrontar as consequências da mesma⁽²⁾.

A maioria das pessoas adultas que se encontram internadas, apresentam durante o seu período de internamento, pelo menos um CVP (Cateter Venoso Periférico). No entanto, existem poucos estudos sobre as implicações no autocuidado relacionadas com a presença deste dispositivo.

A infeção consiste na invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo⁽³⁾. Os profissionais da área da saúde fazem uso de métodos para diminuir a infeção nosocomial que, quando aplicados com eficiência, apresentam resultados positivos⁽⁴⁾.

No que respeita à cateterização, existem fatores de risco: intrínsecos, extrínsecos e relacionados

com a presença de CVP. Os fatores de risco intrínsecos estão relacionados com as pessoas, tais como: a gravidade das patologias existentes e alterações no sistema imunológico. Nos fatores extrínsecos estão incluídos fatores como: a unidade de saúde/serviço em que a pessoa se encontra internada e onde são prestados os cuidados (o número de camas, a taxa de ocupação, a taxa de infeção e o número de procedimentos invasivos, que criam potenciais portas de entrada). No que respeita aos fatores de risco relacionados com o cateter, incluem-se: as condições de colocação, o tipo de cateter, o local de inserção e os cuidados ao mesmo (na manutenção e remoção do dispositivo).

As complicações mais comuns em pessoas com este tipo de dispositivo são: a flebite (inflamação da veia); infiltração de medicação nos tecidos e infeção. Assim, o enfermeiro deverá estar atento e provido de conhecimentos científicos para identificar este tipo de complicações de modo a poder preveni-las⁽⁵⁾.

Esta Revisão sistemática da literatura pretende enumerar estratégias de atuação para minimizar complicações inerentes ao CVP; clarificar estratégias adequadas de promoção do autocuidado das pessoas com este dispositivo; identificar vazios do conhecimento e interpretar resultados de pesquisas realizadas desde 2000 até 2011.

METODOLOGIA

A metodologia de investigação utilizada neste estudo foi a Revisão sistemática da literatura (RSL).

A questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que clarifica os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica⁽⁶⁾. Assim, a questão de investigação utilizada para a elaboração desta RSL foi: ***Em adultos internados com CVP, quais as intervenções de enfermagem, para diminuir o risco de complicações/alterações no autocuidado?***

Através da metodologia “PI[C]O” (participantes, intervenções, comparações e resultados), foram definidos os critérios de inclusão/exclusão de estudos primários, descritos no **Quadro 1**.

QUADRO 1 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Estudos	Estudos publicados entre 1 de Janeiro de 2000 e 20 de Maio de 2011.	Todos os estudos anteriores ao ano de 2000.
Participantes	Pessoas internadas, com CVP; Enfermeiros, que desenvolvem intervenções junto de pessoas com CVP.	Pessoas internadas com dispositivos médicos (Cateter venoso central); Pessoas internadas com Cateter urinário; Cateter central de inserção periférica. Enfermeiros, que desenvolvem intervenções junto de pessoas com dispositivos médicos ou com outro tipo de dispositivo.
Intervenção	Medidas preventivas; Procedimentos efetuados; Intervenções de Enfermagem; Medidas de eficácia comprovada.	Estratégias preventivas relacionadas com os dispositivos médicos; Fraca credibilidade dos estudos; Falta de fundamentação científica.
Resultados	Resultados concretos sobre as práticas de Enfermagem.	Resultados referentes a fármacos e/ou resultados inconclusivos.

A partir da questão de investigação, identificaram-se as seguintes expressões de pesquisa: *phlebitis*; *catheters*; autocuidado; enfermagem; cateteres; flebites e infeção, que foram utilizadas na base de dados electrónica *EBSCOhost* e na pesquisa em Repositórios Institucionais Portugueses *on-line* e Bibliotecas de Referência, com uma limitação temporal desde Janeiro de 2000 a 21 de Maio de 2011. A colheita de dados foi feita segundo as seguintes estratégias:

Código S1 – Base de dados electrónica observada: *Interface EBSCOhost (CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; MediciLatina; Health Technology Assessments; Academic Search Complete; NHS Economic Evaluation Database; Regional Business News; ERIC; Business Source*

Complete). Foram utilizadas as palavras-chave: *Phlebitis and Catheters*. Resultados: 69.

Código S2 - Pesquisa em Repositórios Institucionais Portugueses *on-line* e Bibliotecas Nacionais de Referência. Foram utilizadas as palavras-chave: *Autocuidado e Enfermagem e Cateteres e Flebites e Infeção*. Resultado: 35.

Código S3 - Base de dados electrónica observada: *Interface EBSCOhost (CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; MediciLatina; Health Technology Assessments; Academic Search Complete; NHS Economic Evaluation Database; Regional Business News; ERIC; Business Source Complete*). Foram utilizadas as palavras-chave: *Autocuidado e Enfermagem*. Resultados: 94.

O artigo “Ocorrência de flebite em pacientes sob utilização de amiodarona endovenosa” de Martinho e Rodrigues (2008), embora não se encontre abrangido pela maioria dos critérios de inclusão, foi selecionado para este trabalho, por consenso dos autores, pois aborda de forma pormenorizada as intervenções de enfermagem de forma a prevenir a flebite e apresenta os vários cuidados a ter com o CVP, considerando-se essencial para melhor contextualização e compreensão da problemática em estudo.

A RSL incidiu sobre a análise crítica de 14 artigos, que correspondiam a todos os critérios de inclusão mencionados. Durante a realização desta RSL surgiram algumas diferenças de opinião entre os autores, em relação aos artigos a incluir, sendo as mesmas resolvidas por consenso.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

A inserção do CVP pressupõe um conjunto de intervenções que os enfermeiros deverão realizar de forma adequada, com o objetivo de prevenir complicações⁽⁷⁾. Neste âmbito, surge a necessidade de avaliar periodicamente o conhecimento e a adesão dos profissionais às diretrizes, no que respeita à inserção e manutenção dos CVP⁽⁸⁾. Por outro

lado, emerge a necessidade de nomear profissionais treinados, que demonstrem competências na inserção e manutenção de CVP⁽⁸⁾.

Considera-se que as ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada, em seu próprio benefício, com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar⁽⁹⁾.

No que respeita à cateterização, este é o procedimento invasivo mais utilizado para a administração de fluidos, nutrientes, medicação, sangue e derivados, além do seu papel na monitorização hemodinâmica dos pacientes^(7;10).

No que respeita aos fatores de risco para o desenvolvimento de complicações inerentes ao CVP, os pacientes que tenham características como a idade avançada, o género feminino, neutropenia, má nutrição, imunossupressão e alterações circulatórias estão mais suscetíveis a desenvolver estas complicações⁽¹¹⁾.

Num estudo realizado, concluiu-se não existe relação significativa entre a flebite e a idade⁽¹²⁾.

Quanto à relação entre a taxa de flebite e o género, esta também não é significativa⁽¹²⁾.

Existem outros fatores de risco (externos e associados à presença de CVP) como: a manipulação frequente do cateter, aplicação de soluções antissépticas contaminadas no local de inserção, violação da técnica asséptica para a inserção do CVP e cuidados com os cateteres realizados por pessoas sem experiência⁽¹³⁾.

A técnica correta de punção venosa consiste: na lavagem das mãos com água e sabão antisséptico ou a utilização de gel alcoólico, na escolha da veia a ser puncionada (considerando as condições clínicas do paciente e as condições da rede venosa), o uso de luvas e a realização da antissépsia da pele na área a ser puncionada, assim como a realização do curativo e fixação do cateter, permitindo a redução da transmissão de microrganismos⁽¹¹⁾.

Existem 51 possíveis fatores de risco, para aparecimento de complicações em pessoas com CVP, que foram agrupados em cinco categorias, sendo elas: medicação e a forma/periodicidade da infusão; cateter intravascular e permanência num mesmo sítio; fixação do cateter intravascular; indivíduo, seus hábitos, padrão comunicacional, estilo

de vida e capacidade sensório-motora e por fim as decisões profissionais, política institucional e procedimento⁽¹⁴⁾.

A incidência de flebites varia entre 3,7% e 64,6%⁽⁷⁾. Outros estudos, referem que a taxa de incidência de flebite varia entre 29,3% e 68,8%⁽¹²⁾. Tendo em conta que estes dados se referem a espaços temporais e realidades de prestação de cuidados diferentes, assim como amostras dispare, não se pode afirmar quais as taxas reais de flebite. Por este motivo, seria pertinente aumentar a publicação deste tipo de dados, em estudos com protocolos que contenham linhas metodológicas idênticas referentes à cateterização e realizados em diversos serviços.

No que se refere às fontes de infeção, a pele é a principal fonte de colonização e infeção do cateter⁽¹⁰⁾. Os microrganismos existentes na mesma podem fazer parte da flora do paciente, sendo estes transportados pelas mãos dos profissionais de saúde ou antissépticos contaminados⁽¹⁰⁾.

As infeções da corrente sanguínea relacionadas com o cateter estão na sua maioria associadas a microrganismos que colonizam normalmente a pele⁽¹⁰⁾. A transposição das camadas da pele pelo cateter, rompe a barreira natural de proteção contra a invasão microbiana, tornando o local vulnerável à penetração de microrganismos patogénicos ou oriundos da flora, que atuarão na camada interna e/ou externa do vaso, originando: traumas supurativos (causados por agentes biológicos com veiculação direta ou indireta de tais microrganismos) e traumas não-supurativos (causados por alterações da coagulação, por agressões químicas e/ou mecânicas⁽¹⁰⁾).

A rotura das várias camadas da pele associada à debilidade orgânica/imunológica (característica do processo de doença) e a exposição a ambientes com flora resistente, como o caso do ambiente hospitalar, obtiveram destaque na década de 80⁽¹⁴⁾. Esta situação levou a que as flebites fossem denominadas de doenças consideradas negligenciadas⁽¹⁴⁾.

A presença de uma solução de continuidade, causada por um objeto corto-perfurante (CVP) e estranho ao organismo, leva a que a pessoa se sinta desconfortável e apresente dor, ainda mais quando

acrescido ao mesmo é conectado um sistema, um prolongador ou um obturador. A presença destes, em condições não adequadas (quando se encontram demasiadamente fixos à pele), poderá levar ao aparecimento de lesões cutâneas, aumentando assim a dor previamente existente.

No que respeita à preparação do local de inserção do CVP, recomenda-se a lavagem e desinfecção do local com uma solução antisséptica⁽¹⁵⁾. Este antisséptico, pode ser álcool a 70%, tintura de iodo ou solução alcoólica de clorhexidina a 2%⁽⁸⁾.

O uso de luvas estabelece uma barreira impermeável para a proteção do paciente e dos profissionais, contra o risco de contaminação com material biológico⁽⁸⁾. É recomendado o seu uso durante o procedimento e, sempre que seja necessário, trocar o penso ou prestar cuidados ao local de inserção do cateter⁽⁸⁾. Estas devem ser usadas sempre que houver possibilidade de contacto com sangue, membranas mucosas ou pele não íntegra de todos os pacientes, e também para o manuseamento de materiais ou superfícies possivelmente contaminadas com sangue ou fluidos corpóreos, além da realização de punção⁽¹⁰⁾. O uso de luvas de proteção, está indicado tanto para a inserção do CVP, como para manusear o cateter (no momento de troca e para substituir o penso)⁽¹⁰⁾.

Os procedimentos relativos à técnica de cateterização venosa periférica devem ser realizados com assépsia⁽¹⁶⁾.

Relativamente à ocorrência de flebites não existem diferenças significativas entre a ocorrência de flebites e o tamanho do cateter⁽¹²⁾. No entanto, verificou-se que a flebite ocorre com mais frequência com os cateteres nº 16 e 18⁽¹²⁾. A contrariar este facto, os cateteres de pequeno calibre permitem maior fluxo de sangue nos tecidos adjacentes e assim evitam danos para a íntima da veia⁽¹²⁾.

Neste sentido, deve-se seleccionar os cateteres com base na sua finalidade e duração da utilização, quer por complicações infecciosas ou não infecciosas⁽⁸⁾.

No que respeita ao número de cateteres inseridos, existe um aumento de casos de flebite com o aumento do número de cateteres inseridos⁽¹²⁾. Existem frequentemente procedimentos invasivos realizados de forma indiscriminada e com qualidade técnica deficiente, o que leva ao aumento da

incidência de infeções durante o internamento hospitalar⁽¹⁰⁾.

Quanto ao local anatómico de inserção, os cateteres inseridos em zonas de flexão ou de grande mobilidade contribuem para a ocorrência de flebites traumáticas⁽¹²⁾. As flebites ocorrem com mais frequência (63,2%) nos CVP inseridos na região antebraquial anterior⁽¹²⁾. É recomendado que os cateteres sejam inseridos longe dos locais de flexão, especialmente os localizados nas mãos⁽¹²⁾.

É recomendado que os cateteres sejam inseridos nos membros superiores, no entanto, se por algum motivo a punção for num membro inferior, logo que possível deve ser trocada para um membro superior⁽⁸⁾.

Este facto, influencia em muito o autocuidado, uma vez que um CVP inserido num local de grande mobilidade, vai condicionar os movimentos e alterar as capacidades de autocuidado.

É necessário que o enfermeiro realize eficazmente todo o procedimento, de modo a minimizar as complicações que possam surgir, pois a inserção de um CVP é um processo doloroso e traumático, não só pelo desconforto do paciente, mas também por ter implicações significativas para a instituição⁽¹⁷⁾.

Quanto aos serviços de internamento onde são inseridos os CVP, constatou-se que os cateteres inseridos no serviço de urgência apresentam uma maior probabilidade (71,7%) de vir a desenvolver flebites que nos outros serviços⁽¹²⁾. Por outro lado, os cateteres inseridos no bloco operatório apresentam uma taxa mais baixa de complicações (43,9%) relativamente aos inseridos em contexto de urgência ou cirurgia geral⁽¹²⁾.

No que se refere à fixação do CVP, a utilização de materiais de fixação visa diminuir a movimentação da agulha no interior do vaso, o extravasamento de soluções para tecidos adjacentes, além de prevenir a ocorrência de micro e macro traumas⁽¹²⁾. A impossibilidade de visualizar o local de inserção do cateter e as áreas adjacentes dificulta a identificação precoce de alterações locais, como por exemplo, a possibilidade de extravasamento⁽¹⁴⁾.

Quanto aos pensos de proteção do local de inserção do CVP, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os vários tipos de pensos e a deteção precoce de flebites⁽⁷⁾. Considera-se que

não é necessária a mudança diária do penso⁽¹⁵⁾. Neste sentido, os pensos de gaze ou opacos não devem ser removidos, a não ser que o paciente apresente sensibilidade local ou outros sinais de possível infecção sanguínea relacionada com cateter⁽⁸⁾. Neste caso, deve-se remover o penso e observar o local de inserção⁽⁸⁾. Recomenda-se a utilização de gaze esterilizada, ou de um penso transparente e semipermeável para cobrir o local de inserção do cateter⁽⁸⁾. No caso do paciente se encontrar sudorético, ou de o local de inserção se encontrar a sangrar, ou com exsudado, deve ser utilizada uma compressa esterilizada até que a situação esteja resolvida⁽⁸⁾. A troca do penso deve ser efetuada caso o penso se encontre húmido, solto ou sujo⁽⁸⁾. A utilização de antibióticos tópicos ou de outras pomadas, no local de inserção do CVP, não está indicada, uma vez que a utilização destes pode promover o desenvolvimento de infecções fúngicas e posteriormente levar a resistências microbianas⁽⁸⁾.

Um dos cuidados a ter com o CVP é o de não submergir o cateter ou local do cateter em água⁽⁸⁾. Os cuidados de higiene são autorizados se forem tomadas as devidas precauções, de modo a reduzir a probabilidade de colonização de microrganismos no cateter⁽⁸⁾. A higiene encontra-se condicionada, uma vez que os pacientes apresentam receios em relação à presença do CVP. Assim, neste contexto, o autocuidado de vestir e despir encontra-se, igualmente, alterado. Isto acontece porque a pessoa apresenta medo de exteriorizar o CVP e assim, ter que ser novamente puncionada, passando pelo mesmo processo de sofrimento.

Quando há uma mudança na situação clínica do paciente, deve-se monitorizar o local de inserção do CVP. Se o paciente apresentar sensibilidade no local de inserção, febre sem causa aparente, ou outras manifestações, o penso deve ser retirado para permitir um exame aprofundado do local de inserção.

A auto-imagem é alterada na presença do CVP, isto porque existe a necessidade de fixação do cateter, com materiais de proteção mais eficazes (ligaduras, talas, opsites, entre outros).

O paciente deve ser incentivado a referir qualquer alteração de que se aperceba, no local de inserção do CVP⁽⁸⁾.

A cateterização prolongada é o principal fator de risco para infecção de cateteres venosos e arteriais⁽¹³⁾. O limite de tempo frequentemente referido no sentido de prevenir a ocorrência de flebites é de 72h⁽⁷⁾. As recomendações do *Centers for Disease Control* (CDC) referem que não é necessário substituir o CVP em intervalos menores de 72 a 96 horas, para reduzir o risco de infecção e flebite em adultos. Por outro lado, não há recomendações no que respeita à mudança de CVP em adultos, exceto quando clinicamente recomendado⁽⁸⁾.

Apesar de existirem intervenções para o controlo da infecção, muitas pessoas ainda não se encontram predispostas às mudanças de comportamentos e existem dois fatores importantes, que contribuem para isso: em primeiro lugar, não é possível modificar as rotinas programadas precisamente às 72 horas após a inserção do CVP e, em segundo lugar, são várias as razões fisiológicas pelas quais os cateteres não são removidos antes das 72 horas⁽¹⁸⁾.

Caso o paciente apresente dificuldade de acesso vascular, os períodos acima de 96 horas podem ser utilizados, desde que haja observação rigorosa do local de inserção⁽¹⁰⁾.

As taxas de tromboflebite associadas ao CVP variam entre 2 a 80%⁽¹⁹⁾. Quando a flebite se desenvolve, não se deve inserir outro cateter no mesmo lugar até quatro dias (no mínimo)⁽¹²⁾. O trauma mecânico e químico causado por cateterismos anteriores aumentam ($p=0,001$) o risco de flebite em cateterismos seguintes⁽¹²⁾.

A prática de irrigação (flushing) vem sendo realizada com solução salina ou com solução heparinizada com várias finalidades, sendo as principais: a manutenção da permeabilidade e a prevenção de complicações decorrentes da associação medicamentosa⁽²⁰⁾. Em pacientes em que esteja a ser administrada heparina de baixo peso molecular, a irrigação intravenosa deve ser utilizada para prevenir a obstrução ou tromboflebite, com a intenção de reduzir os custos e as intervenções de enfermagem⁽²⁰⁾.

Tanto a solução salina, como a solução heparinizada são igualmente eficazes na manutenção da permeabilidade dos acessos⁽²⁰⁾. Para manter a permeabilidade do cateter, aquando a administração de medicações de forma intermitente, deve-se

realizar um *flush* com 10ml de soro fisiológico a 0,9%⁽¹¹⁾. Deve-se evitar o uso de solução salina, para *flushing*, na manutenção de CVP em pacientes em pós-operatório, devido a uma elevada ocorrência de obstruções e tromboflebitides⁽²⁰⁾. No entanto, o CDC refere que não se deve utilizar regularmente terapia de anticoagulantes para reduzir o risco de infecções relacionadas com cateteres⁽⁸⁾.

Ainda relativamente à terapia intravenosa, além da diluição no maior volume possível e tolerado clinicamente pelo paciente, também é necessário conhecer o pH dos fármacos, para minimizar os riscos de flebite⁽¹¹⁾. Recomenda-se a avaliação contínua dos fármacos pela mesma razão. As soluções com pH baixo ou muito alto aumentam o risco de flebite, destacando-se o cloreto de potássio, a glicose hipertônica, os aminoácidos, os lípidos, os antibióticos (em especial os beta-lactâmicos, a vancomicina e o metronidazol)⁽¹¹⁾. Por outro lado, a velocidade de perfusão, quando superior a 90ml/h, também aumenta esse risco⁽¹¹⁾.

A irritação vascular ou ocorrência de dor no local de inserção do CVP podem ser causadas por extremos do pH das soluções em relação ao pH sanguíneo, ou quando há concentrações superiores a 40mEq/l de fármacos como: cloreto de potássio, fenitoína e alguns antibióticos (vancomicina, eritromicina e nafcilina)⁽¹⁴⁾. Destaca-se ainda que situações como a forma de armazenamento, estocagem, validade do fármaco e o acréscimo de aditivos (exemplo: “vitamina C”, doxorrubina e a cimetidina) podem alterar o pH⁽¹⁴⁾.

Neste âmbito, fármacos a perfundir em paralelo, vesicantes e irritantes, intensificam a vulnerabilidade para o trauma vascular, como é o caso da quimioterapia, soluções de contraste, heparina, hidrocortisona, entre outras⁽¹⁴⁾.

A perfusão de fármacos sob pressão potencializa a ocorrência de lesões no epitélio vascular, o que torna a escolha do cateter fundamental para reduzir a agressão da camada íntima da veia, aquando a compatibilização da concentração do fármaco com o calibre do vaso e do cateter⁽¹⁴⁾.

No que respeita à frequência da administração de fármacos, a administração de fármacos superior a quatro vezes por dia, tem duas vezes mais

probabilidades de provocar flebitides, do que frequências entre 1 a 3 vezes por dia⁽¹²⁾.

Quanto à manipulação dos cateteres, existe uma relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de flebitides e a forma de manutenção dos CVP, sendo mais elevada nos mantidos de forma intermitente, em detrimento dos mantidos de forma contínua⁽⁷⁾.

A administração de fármacos, tanto de forma contínua, como intermitente, influencia de forma acentuada os autocuidados, uma vez que os pacientes, muitas vezes, repousam/dormem mal quando apresentam um CVP, principalmente quando se encontra alguma solução em perfusão. Isto sucede porque, além do incómodo causado pelo CVP, os próprios sistemas/prolongadores estando conectados, interferem na capacidade de mobilização, não permitindo um posicionamento adequado para o descanso. Por outro lado, o medo apresentado por estes pacientes, em exteriorizar o cateter, leva-os a não conseguirem ter um sono reparador. Muitas vezes, o facto da terapêutica se encontrar prescrita para o período da noite, de forma a permitir uma maior independência do paciente durante o dia, leva a que haja uma constante entrada e saída dos enfermeiros no quarto, durante esse período, bem como a manipulação do CVP, não permitindo assim um sono reparador ao paciente. Associado a este facto, é necessário ter em conta que a pessoa se encontra num local estranho e não se apresenta no seu estado de plena saúde.

A contaminação da solução para perfusão pode ocorrer durante a sua fabricação ou durante o manuseamento intra-hospitalar⁽¹⁰⁾. A contaminação hematológica é considerada uma fonte de infecção, mas não é uma causa importante de colonização do cateter, e raramente é comprovada⁽¹⁰⁾. A não utilização das medidas de controlo pode criar uma complexa relação entre o cateter, o hospedeiro e os microrganismos, causando iatrogenias que vão desde um quadro inflamatório, não associado à infecção até um quadro de septicémia, com o comprometimento do estado geral do paciente, podendo causar a morte⁽¹⁰⁾.

Quando ocorre a desconexão do cateter, prática muitas vezes evidenciada, o sistema é aberto, favorecendo a entrada de microrganismos⁽⁸⁾. Deve-se

tentar manter o sistema fechado durante toda a infusão, prevenindo a contaminação extrínseca^(8;10).

Os sistemas de perfusão não devem ser mudados com frequência, com a exceção das mudanças de linhas após transfusão sanguínea ou soluções lipídicas e para perfusões descontínuas^(8;15). No que respeita a outras soluções em que os sistemas são continuamente utilizados, incluindo os sistemas secundários e “dispositivos *add-on*” devem ser trocados em intervalos máximo de 96 horas⁽⁸⁾.

No que respeita à utilização de prolongadores, a percentagem de flebites é de 1,67% quando são utilizados e 11,04% quando não se utiliza este dispositivo⁽⁷⁾. Por outro lado existe uma maior ocorrência de flebites quando são utilizadas máquinas infusoras⁽⁷⁾.

Perfurar um vaso durante punção; retirar o CVP sem comprimir o local por tempo adequado ao processo de coagulação; aplicar um garrote num local proximal à punção anterior ou deixar o penso de proteção mal colocado ou solto, pode provocar um trauma nos tecidos adjacentes evidenciados por hematomas ou equimoses⁽¹⁴⁾.

A vigilância do local de inserção do CVP é muito importante na prevenção e deteção precoce de complicações, devendo esta ser sistemática, para que possa haver uma intervenção de enfermagem adequada às diferentes situações.

Quando a derme e a epiderme estão afetadas é necessária uma supervisão constante da área puncionada⁽¹¹⁾. O registo do tipo e calibre do cateter e as condições da rede vascular nos protocolos institucionais favorecem a identificação de situações iatrogénicas, direcionam o conteúdo dos protocolos e das condutas institucionais e orientam os processos educacionais⁽¹⁴⁾. No que respeita à observação, deve-se avaliar o local de inserção do cateter diariamente, por palpação e através do penso (se for transparente), para verificar se existe alguma alteração⁽⁸⁾.

A redução das infeções relacionadas com o acesso vascular está dependente da adoção de medidas preventivas⁽¹⁰⁾. Desta forma, a consciencialização dos profissionais e de toda a equipa envolvida na assistência, quanto aos riscos inerentes a este procedimento e os investimentos na qualificação e na padronização de outras condutas, são imprescindíveis para uma prática segura e ética⁽¹⁰⁾. Os critérios de vigilância devem ser diários, recorrendo a

instrumentos de registo construídos por investigadores⁽⁷⁾. Todavia, apesar da maioria dos enfermeiros possuírem conhecimentos acerca destes instrumentos, muitos não os aplicam na sua prática clínica⁽⁷⁾.

A remoção e substituição “por rotina” dos cateteres não é aconselhada, devendo ser incentivada uma vigilância mais efetiva do local de inserção⁽⁷⁾.

Se ocorrer infeção local ou flebite, o cateter deve ser imediatamente removido⁽¹⁵⁾. Neste sentido, recomenda-se a remoção dos cateteres venosos periféricos se o paciente desenvolver sinais de flebite (calor, rubor, eritema, ou cordão venoso palpável e dor), infeção ou o cateter apresentar algum defeito⁽⁸⁾.

Como cuidados inerentes às flebites, recomenda-se a aplicação de calor durante 15 minutos a cada oito horas, além de manter o membro elevado, em relação ao corpo⁽¹¹⁾. No entanto, verifica-se que os enfermeiros não actuam de forma correta perante uma flebite, uma vez que aplicam compressas frias e heparina pomada, em vez do procedimento acima descrita⁽¹¹⁾.

Cuidar de pessoas que possuem CVP, exige aos enfermeiros uma visão introspectiva e autorreflexiva dos fatores de risco. Este diálogo reflexivo e contextual irá permitir identificar perceções, barreiras, crenças e valores que dizem respeito ao autocuidado e manutenção da saúde.

Assim, os profissionais de enfermagem possuem um papel primordial na prevenção e na redução das complicações relacionadas com o acesso venoso. Estes são considerados os profissionais de primeira linha para atuar no suprimento das dependências dos pacientes que possuem alterações do autocuidado, devido à permanência de um CVP. A formação dos enfermeiros é de extrema importância para a prevenção de complicações associadas a este procedimento invasivo, a cateterização venosa periférica.

CONCLUSÃO

De acordo com a questão de pesquisa inicialmente elaborada, podemos verificar, através dos estudos, a importância da mobilização de conhecimentos, por parte das equipas de enfermagem, sobre os mecanismos que envolvem a inserção e manutenção do CVP, com vista a possibilitar uma maior segurança ao paciente, assim como a pre-

venção e a detecção precoce de possíveis complicações e/ou intercorrências.

Quando a pessoa fica doente torna-se mais dependente, necessitando de cuidados de enfermagem para suprimir os seus défices, sendo que a presença de um CVP traduz-se em alterações em diversas áreas do autocuidado.

Considera-se pertinente a realização de novos estudos, de forma controlada, em realidades distintas e com pacientes com grupos delimitados, para melhor se compreender quais as intervenções de enfermagem para diminuição de complicações inerentes ao CVP. Por outro lado, torna-se necessário realizar mais pesquisas sobre as alterações no autocuidado relacionadas com este dispositivo, uma vez que o autocuidado é o foco central dos cuidados de enfermagem e não existem estudos específicos que relacionem estas duas temáticas.

O fato desta revisão sistemática ter sido realizada com critérios de exclusão abrangentes, foi uma limitação, uma vez que não permitiu utilizar grupos populacionais específicos, tais como pacientes com medicação específica.

Por outro lado, os resultados deste estudo vêm corroborar a necessidade de uma melhor compreensão de desafios colocados aos profissionais de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Fernandes A, Ribeiro-Filho N. Infecção do acesso vascular. São Paulo: Atheneu 2000.
2. Abreu W. Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 2011.
3. Conselho Internacional De Enfermeiras. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão 2. Ordem dos Enfermeiros. 2011.
4. Santos N. Enfermagem na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar. São Paulo: Iátria. 2003.
5. Henriques FMD, Santos CSVB, Amaral, AFS. Técnicas de Enfermagem I. 3ª ed. Coimbra: Formasau, 2004; 156-163.
6. Fortin M. O processo de investigação: da conceção à realização. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2009; 48-87.
7. Oliveira A, Parreira P. Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periférico: Revisão sistemática da literatura. Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem. 2010;3(2): 137-147.
8. Centers For Disease Control. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. [Série online] Estados Unidos da América: Centers for Disease Control. [Acesso em: 23 Abril 2011]. 2011. Disponível em WWW: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines2011.pdf>.
9. Bub M, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na Enfermagem. Texto Contexto Enferm_(Florianópolis). 2008; 17(1): 64-71.
10. Martins KA, Tipple AFV, Souza ACS, Barreto RASS, Siqueira KM, Barbosa JM. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. Ciênc. Cuid. Saúde. Out/Dez 2008; 7(4): 485-492.
11. Martinho R, Rodrigues A. Ocorrência de flebite em pacientes sob utilização de amiodarona endovenosa. Einstein. 2008;6(4): 459-462.
12. Uslusoy E, Mete S. Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: a descriptive study. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2008;20(4): 172-180.
13. Amadei J, Damasceno K. Avaliação da adesão às medidas de prevenção de infecção relacionadas a cateteres entre profissionais de saúde de hospitais de Maringá – PR. Cesumar. Jan/Jun 2008;10(1):43-48.
14. Arreguy-Sena C, Carvalho E. Risco para trauma vascular: proposta do diagnóstico e validação por peritos. Rev. Bras Enferm. 2009;62(1):71-78.
15. Instituto Nacional De Saúde Dr. Ricardo Jorge. Prevenção de infeções adquiridas no hospital: um guia prático. 2ª ed. (2002)
16. O'Grady NE, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki D et al. Guidelines for the prevention of Intravascular Catheter-related infections. 2011; 23(12):759-769.
17. Webster J, Osborne S, Rickard C, Hall J. Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters: Review. The Cochrane Collaboration. 2010; 3.
18. Webster J, Clarke S, Paterson D, Hutton A, Van Dyk S, Gale C et al. Routine care of peripheral intravenous catheters versus clinically indicated replacement: randomized controlled trial. BMJ. 2008.
19. Zingg W, Pittet D. Peripheral venous catheters: an under-evaluated problem. International Journal of Antimicrobial Agents 2009 (34):38-42.
20. Oliveira T, Silva L. Uso da solução salina para manutenção de acessos venosos em adultos: uma revisão. Revista Brasileira de Enfermagem 2006;59(6):787-790.

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 domínios 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 a revisão bibliográfica efectuada e relacionando-os com resultados de trabalhos prévios do próprio ou de outros autores.

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

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

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas serão endereçados ao director da **RIE**, *Parque Empresarial de Eiras, lote 19 - 3020-265 Coimbra, ou Apartado 8026, 3021-901 PEDRULHA.*

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 disquete 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 e fotografias a inserir, devem ser enviados os originais.

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 serão enviados três exemplares da **RIE** aos autores, sem prejuízo do envio de mais exemplares quando solicitado.

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 e do SOS, Jornal de Enfermagem.

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 inglesa