Revista
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM
4
nº 4 - 2ª série - agosto 2013

Edições
SINAIS VITAIS

Revista
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM
Nº4 Série II - AGOSTO 2013

Sumário / Summary

EDITORIAL 7
Arménio Guardado Cruz

CONDICIONANTES DO ALEITAMENTO MATERNO. QUE ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM? 9
BREASTFEEDING CONDITIONERS. WHAT NURSING STRATEGIES?
Olga Cristina Proença Rodrigues Seabra

A INFLUÊNCIA DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NO EMPENHAMENTO ORGANIZACIONAL EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE 18
THE INFLUENCE OF JOB SATISFACTION OF NURSES ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS.
Maria Ines Oliveira Santarém Duque Correia

A PESSOA COM DPOC. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA DO CUIDAR EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 27
PERSON WITH DPOC - IMPLICATIONS IN CLINICAL PRACTICE OF NURSING CARE FOR REHABILITATION
Lurdes Gonçalves; Luzia Ramos; Sofia Rocha; Salete Soares

NECESSIDADES DO FAMILIAR/CUIDADOR DO DOENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO 38
NEEDS OF FAMILY/CAREGIVER OF ONCOLOGIC PALLIATIVE PATIENT
Filipe Lima

O IMPACTO DA MARCAÇÃO DA OSTOMIA NO AUTOCUIDADO AO ESTOMA E QUALIDADE DE VIDA 49
THE IMPACT OF OSTOMY MARKING ON THE QUALITY OF LIFE AND SELF-EFFICIENCY IN A PATIENT WITH OSTOMY
Luzia Raquel Lopes Pinheiro

CONTIBUTOS DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM 57
CONTRIBUTION OF PREOPERATIVE NURSING VISIT
Marta Fernanda Bastos; Maria João Oliveira Fernandes

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADOS. CARACTERIZAÇÃO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS 64
FAMILIES WITH MEMBERS WHO ARE DEPENDENT ON SELF-CARE. CHARACTERISTICS OF THE CARE PROVIDERS.
Olga Lopes Ribeiro; Candida Santos Pinto; Susana Santos Regadas

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DO AMBIENTE DA PRÁTICA DOS CUIDADOS EM QUATRO HOSPITAIS DA REGIÃO CENTRO 75
NURSES' PERCEPTION OF PRACTICE ENVIRONMENTS IN FOUR HOSPITALS OF CENTER REGION
António Fernando Salgueiro Amaral; Pedro Lopes Ferreira; Telma Sofia dos Santos Vidinha; Maria Lucília Silva Cardoso

RIE: registada no: **LATINDEX** - Sistema Regional de Informacíon en Línea para Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal. http://www.latindex.unam.mx. Classificada na **QUALIS** (avaliação de 2008 com B3 - Avaliação de periódicos pela CAPES/Ministério da Educação do Brasil). **Cuiden – Ciberindex** - Base de Dados Bibliográficos sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (http://www.index-f.com/bibliometria/incluidas.php).

Revista
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM
Publicação /Periodicity
Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR
Arménio Guardado Cruz
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD
Luís Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);
Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);
Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);
António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);
Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada)

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.sinaisvitais.pt/rie.php **E-mail -** suporte@sinaisvitais.pt

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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

Editorial

Como sabem, coincidente com o lançamento da 2ª série, em Setembro de 2012, a RIE tem passado por um processo progressivo de renovação, com alterações a nível do seu formato, estatuto editorial, ficha técnica, normas de publicação, periodicidade, processo de submissão e avaliação de artigos.

Estas modificações, derivadas da passagem da RIE a formato digital, que acompanham um novo paradigma na produção e a divulgação do conhecimento, pretendem melhorar a sua qualidade científica e ir ao encontro das expetativas e interesses dos seus leitores e colaboradores.

A versão online, que apresenta diversas vantagens, das quais salientamos a divulgação dos seus artigos a nível global, permitiu também o aumento da periodicidade da RIE, que passou a ser trimestral (Fevereiro, Maio, Agosto, Novembro), facilitando e diminuindo significativamente o tempo de espera na publicação dos artigos submetidos.

Apesar das modificações realizadas, lembremos que a RIE mantém indexação e o registo à ***Latindex*** (Sistema Regional de Informacíon en Línea para Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal), à ***Cuiden*** (Base de Dados Bibliográficos sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica) e está Classificada na ***QUalis*** (Classificação B3, CAPES/Ministério da Educação do Brasil), preservando-se a qualificação e credenciação dos artigos publicados, e o reconhecimento do seu mérito.

Neste momento, estamos a desenvolver esforços para admissão na SciELO Portuguesa, assim como, a outros sistemas e bases de dados de informação do conhecimento, com o objetivo de aumentar a qualidade e o rigor científico dos artigos publicados e divulgados, com critérios e normas de aceitação cada vez mais exigentes.

Todos conhecemos a evolução do ensino da enfermagem na última década, nomeadamente na formação pós graduada em áreas específicas de enfermagem, com o desenvolvimento de dissertações de mestrado e teses de doutoramento, que permitiu a produção de conhecimento na área específica da disciplina e/ou áreas afins, que devem ser publicadas em revistas indexadas e em bases de dados internacionais.

Neste contexto, a RIE reúne atualmente um conjunto de condições, que assegura aos diversos investigadores, leitores e colaboradores, uma forma de divulgação do conhecimento científico produzido, com reconhecimento do mérito, da qualidade e do rigor dos artigos publicados, tanto a nível nacional como internacional.

Ficamos pois a aguardar pelas vossas propostas de artigos, que decerto terão um encaminhamento adequado.

Arménio Guardado Cruz

CONDICIONANTES DO ALEITAMENTO MATERNO.
QUE ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM?

Olga Cristina Proença Rodrigues Seabra [1]

Resumo

Sendo indiscutivelmente uma prática ancestral, o aleitamento materno tem sido fonte de constantes análises nas diferentes sociedades e por diferentes profissionais.
Realizamos um estudo de natureza descritiva e exploratória com o objectivo, identificar e descrever os factores que levam ao abandono do aleitamento materno exclusivo, e apontaram-se estratégias que podem contribuir para a optimização do aleitamento materno. No nosso estudo os bebés estão em média, com aleitamento materno exclusivo, 32 dias.
Os factores que encontramos, mais favorecedores do abandono do aleitamento materno são: diminuição súbita da produção de leite e a dúvida sobre a satisfação do bebé, oferta de leite artificial e afastamento temporário do bebé.
São apontadas ainda razões de âmbito social e laboral. A vida em meio urbano e a falta de suporte familiar e a precariedade dos contratos de trabalho.
As estratégias que apontamos como favorecedoras apontam todas elas para a melhoria da proximidade entre as famílias e a enfermeira. Disponibilidade de consultas pré-natais com aprofundamento das vantagens do aleitamento materno, estratégias de certificação multiprofissional da abordagem do tema, visitas domiciliárias e facilitação do contacto telefónico com a enfermeira da saúde infantil.

Palavras-chave: Amamentação, aleitamento materno, enfermagem, saúde infantil, abandono do aleitamento materno.

Abstract

Breastfeeding conditioners. What nursing strategies?
Being arguably an ancient practice, breastfeeding has been a source of constant analysis in different societies and different professionals.
We conducted a descriptive and exploratory study in order to identify and describe the factors that lead to the abandonment of exclusive breastfeeding, and pointed to strategies that can contribute to optimization of breastfeeding.
In our study, the babies are on average, with exclusive breastfeeding, 32 days.
The factors we found, most favoring the abandonment of breastfeeding are: sudden decrease of production and doubt about the satisfaction of the baby, artificial milk supply, temporary removal of the baby and the sudden decrease in milk production.
We point out further social and workplace reasons. Life in urban areas, lack of family support and the precariousness of employment contracts.
Strategies that aim to link, all of them supports to improve the proximity between families and nurses. Availability of prenatal visits with deepening of the advantages of breastfeeding, certification of multidisciplinary strategies approach to the subject, home visits and telephone contact with the facilitation of the child health nurse.

Keywords: *Breastfeeding, nursing, child health, abandonment of breastfeeding.*

Rececionado em novembro 2010. Aceite em setembro 2012

[1] Enfermeira Especialista Saude Infantil e Pediátrica; ACES Oeste Sul, C. S. Torres Vedras, USF Gama. E-mail: olgaseabra@gmail.com

INTRODUÇÃO

O acto de amamentar está intimamente relacionado com a sobrevivência da espécie, é tão antigo como a sua origem, é tão natural como pegar no filho, embalá-lo ou cantar-lhe mas, actualmente, está cientificamente aceite que para a mulher lactante é essencial o apoio e a intervenção de todos numa caminhada de sucesso (Pereira 2006, p.51). A amamentação é singular à mulher mas não é obrigatória, nem o leite materno insubstituível, pelo que a tónica deve ser o prazer em amamentar e não o dever. Ao auscultarmos as suas expectativas, receios e dúvidas, informando-a correctamente e apoiando-a, favorecemos a sua tomada de decisão fundamentada e responsável, não a culpabilizando se a sua decisão for não amamentar.

Constatamos pela nossa experiência profissional que esta problemática continua a ser uma realidade bem presente. Ao nível dos cuidados de saúde primários verificamos, nas consultas de enfermagem de saúde infantil realizadas no primeiro mês de vida da criança, haver já uma percentagem considerável destas que não faz Aleitamento Materno Exclusivo (AME).

Tendo em conta o referido, pensámos ser fundamental fazer o diagnóstico da situação na Unidade de Saúde Familiar em estudo. Para isso, recorremos aos registos de enfermagem, os quais nos permitiram uma avaliação do ano de 2007 sobre a percentagem de crianças que fizeram AME nos primeiros quatro meses de vida. Esta pesquisa foi realizada entre 31 de Janeiro e 4 de Fevereiro de 2008. Nesta avaliação verificámos que 91% do total de crianças inscritas na Unidade de Saúde Familiar GAMA (USF GAMA) estavam a fazer aleitamento materno exclusivo na primeira Consulta de Enfermagem Programada (CEP) (realizada entre o 3º e o 6º dia), só 44% o mantinha ao 1º mês, 40.7% ao 2º mês, 36% ao 3º mês e 31% ao 4º mês.

Perante estes resultados sentimos a necessidade de perceber o porquê deste abandono.

Apesar de o Aleitamento Materno (AM) ser uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde 2004/2010, determinando como meta para 2010 que 50% das mulheres amamentem em exclusivo até aos 3 meses (Portugal 2004, p. 54), no nosso estudo considerámos o AME nos primeiros quatro meses de vida da criança. Tivemos em atenção que a legislação portuguesa implementou a lei de protecção da maternidade e paternidade com a duração de 120 dias sem perda de remuneração ou 150 dias perdendo 20% desta, não facilitando o AME para além deste período. Temos a esperança para bem das nossas crianças/famílias que, num futuro próximo, este período seja alargado sem prejuízo da remuneração, permitindo o AME até aos 6 meses como preconizado pela OMS/UNICEF (Pereira 2006, p.43).

O presente estudo teve como **objectivos:**

- identificar factores que levam ao abandono do aleitamento materno exclusivo antes dos 4 meses de idade do bebé, nas mães utentes da USF GAMA do ACES Oeste sul;
- estabelecer prioridades nas intervenções de enfermagem junto das grávidas no último trimestre de gravidez e das puérperas na primeira consulta de vigilância do recém-nascido, nesta Unidade de saúde familiar.

MATERIAL E MÉTODOS

Definiu-se aleitamento materno exclusivo, quando a única fonte de alimentação do bebé foi leite materno directamente da mama ou em biberão, não tendo recebido outros alimentos com excepção de suplementos vitamínicos.

Tipo de estudo: Trata-se um estudo de natureza descritiva e exploratória com o objectivo identificar e descrever os factores que levaram ao abandono do aleitamento materno exclusivo, antes dos quatro meses, na população utilizadora dos Cuidados de Saúde Infantil da USF Gama do ACESS Oeste Sul.

Tratou-se de um estudo transversal pois as informações foram recolhidas num único momento: a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil da USF GAMA. Teve o seu início em Agosto de 2009 e prolongou-se até Dezembro de 2009. Com abordagem quantitativa.

Medições: Foi aplicado um questionário original e não validado. Após a aplicação de pré teste a 10 sujeitos com características semelhantes às da

amostra. Tendo sido corrigidas as incongruências detectadas. O questionário encontra-se dividido em 4 partes distintas, na primeira parte temos a caracterização da amostra populacional que é constituída por 3 questões abertas; 3 fechadas e 4 mistas. A segunda parte refere-se aos aspectos relacionados com a gravidez, onde são colocadas 3 questões fechadas e 5 mistas. Na terceira parte fazemos uma abordagem aos aspectos que estão relacionados com a amamentação, onde colocamos 6 questões fechadas e 7 mistas. Por último, temos uma quarta parte que diz respeito aos aspectos que influenciaram a decisão de amamentar, onde são colocadas 5 questões fechadas e 1 mista. As questões realizadas tiveram como ponto de partida as variáveis definidas, assim como, o objectivo do estudo.

Determinaram-se as seguintes variáveis:

- Variável dependente. Abandono do aleitamento materno exclusivo antes dos 4 meses.
- Variáveis de atributo: dados demográficos da mãe e do pai e estrutura familiar.
- Variáveis independentes: aspectos relacionados com a gravidez do ultimo filho, aspectos relacionados com o aleitamento materno do ultimo filho, aspectos que influenciaram a decisão de amamentar.

A amostra: não probabilística do tipo acidental seleccionada durante as consultas de enfermagem de saúde infantil da USF GAMA, sendo critério de selecção, saber ler e escrever e dar o seu consentimento informado. A amostra representa 40% da população Alvo e 60% da população acessível.

Participantes: foram inquiridas neste estudo 52 mães de bebés com idades compreendidas entre os 4 e os 18 meses de vida e que abandonaram o aleitamento materno exclusivo antes dos 4 meses de vida do bebé.

Foram utilizados neste estudo 52 questionários. As repostas obtidas foram codificadas e registadas em suporte informático Microsoft Excel. Para análise dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS versão 17.0.

RESULTADOS

Caracterização sócio-demográfica:

Foram inquiridas 52 mães com uma média de idades de 29.9 anos, estando o intervalo de idades compreendido entre os 20 e 43 anos, a média de idades dos seus companheiros é de 30,7 anos estando o intervalo de idades compreendido entre os 21 e 45 anos.

65,4% das mães é natural de meio urbano e 34,6% de meio rural. Todas elas são de raça caucasiana, o seu estado civil é variável em 48,1% casado, 36,5% vivendo em união de facto, 11,5% divorciado e 3,8% solteiro. 96,2% tem como opção a religião católica. As suas habilitações literárias são em 48,1% o 3º ciclo completo, 33,7% tem o 2º ciclo completo, 3,8% bacharelato e 15,4% possuem uma licenciatura.

A situação profissional destas mães está descrita no quadro abaixo.

Quadro I – Situação profissional

Vínculo profissional da mãe	**Freq**	**%**
Contrato Termo Certo	8	15,4
Prestação Serviços	9	17,3
Conta Própria	2	3,8
Quadro Função Publica	2	3,8
Quadro Sector Privado	18	34,6
Nenhum	3	5,8
Contrato Termo Indeterminado	2	3,8
Total	**44**	**84,5**

Desempregada	8	15,4
Total	**52**	**100,0**

O agregado familiar das mães inquiridas é constituído maioritariamente por 4 pessoas 57,6%, seguindo-se o agregado familiar com 3 pessoas com 31% e 11,5% tem um agregado familiar composto por 5 pessoas.

Quadro II – Composição do agregado familiar

Composição do agregado familiar	**Freq**	**%**
Companheiro +1 filho	16	30,8
Companheiro +2 filhos	19	36,5
Companheiro +2 filhos+1 avô	5	9,6
Companheiro +1 filho+1 avô	5	9,6
Companheiro +1 filho+1 enteado	6	11,5
Companheiro +3 filhos	1	1,9
Total	52	100,0

Aspectos relacionados com a gravidez

Ao analisarmos os aspectos relacionados com a gravidez constatamos que para 94,2% destas mães a gravidez foi desejada, 98,1% teve uma gravidez simples apenas houve uma gravidez gemelar da qual nasceu apenas uma criança.

Quanto ao tipo de parto 53,8% teve um parto normal e 46,2% um parto distócico de cesariana. A idade gestacional variou entre as 37 e as 41 semanas de gestação da seguinte forma 48,1% com 40 semanas, 26,9% com 39 semanas, em igualdade para 9,6% as 37 e as 41 semanas e 5,8% com 38 semanas de gestação.

Há uma predominância ligeira de bebés do sexo masculino com 53,8% o peso médio á nascença destes bebes foi de 3,650Kg variando o seu peso á nascença entre os 2,400Kg e os 4,700Kg. 48,1% das mães frequentou aulas de preparação para a maternidade e paternidade no Centro de Saúde de Torres Vedras.

A vigilância da gravidez foi realizada por uma equipa de profissionais que se distribuem de acordo com o quadro abaixo:

Quadro III – Profissionais de saúde que realizaram a vigilância da gravidez

Profissional de saúde	freq	%
MF+Enfª USF+Obs.Mat.	5	9,6
MF	11	21,2
Med. Part.+MF	7	13,5
MF+Enfª USF	17	32,7
Med. Part.	9	17,3
Med. Part.+Enfª USF	2	3,8
MF+Enfª USF+Enfª Mat.	1	1,9
Total	**52**	**100,0**

Legenda:

MF – Médico de Família; Enfª USF – Enfermeira da Unidade de Saúde Familiar; Med.Part. – Médico Particular; Obs.Mat. – Obstetra da Maternidade; Enfª Mat. – Enfermeira da Maternidade

Ao avaliarmos os subtemas relacionados com "a amamentação" abordados pela equipa de enfermagem, durante a vigilância da gravidez identificamos 11.

Dentro destes, 36,5% das grávidas teve a oportunidade de ouvir falar sobre todos, 9,6% teve oportunidade de ouvir falar sobre 9 deles, 11,5% das mães refere que apenas foi abordado um dos subtemas.

Quadro IV – Temas abordados durante a vigilância da gravidez

Subtemas Abordados Vigilância Gravidez		Freq	%
a+b+c+d+e+f+g+h+i+j+l	(11)	19	36,5
b	(1)	6	11,5
a+d+f+g+h+i+j+l	(8)	2	3,8
a+b+d+e+f+g+h+i+j+l	(10)	2	3,8
a+c+d+i+j+l	(6)	2	3,8
a+b+c+d+e+j+l	(7)	2	3,8
b+e+f+i+l	(5)	3	5,8
a+b+c+d+e+f+h+i+n	(9)	5	9,6
a+b+c+i+j+l	(6)	6	11,5
a+b+c+d+g+i+j+l	(8)	3	5,8
a+b+c+d+e+f+h+i+j+l	(10)	2	3,8
Total		**52**	**100,0**

Legenda:

a – Cuidados a ter com as mamas e mamilos; **b** – Vantagens da amamentação; **c** – Colocação do bebé à mama; **d** – Composição do leite materno; **e** – Horário das mamadas; **f** – Duração das mamadas; **g** – Acessórios de apoio à amamentação; **h** – Estratégias para manter a amamentação; **i** – As dificuldades que podem surgir; **j** – Extracção e conservação do leite materno; **l** – Aspectos emocionais que podem influenciar a amamentação

Constatamos também que dentro dos subtemas abordados o subtema "Vantagens da amamentação" foi referenciados por todas as grávidas como sendo abordado durante a gravidez seguindo-se o subtema "As dificuldades que podem surgir durante a amamentação" que foi falado com 84,6% das grávidas, vindo depois o subtema "Cuidados a ter com as mamas e mamilos" que foi abordado com 82,6% das grávidas. O subtema que foi menos abordado apenas com 50% desta amostra foi "Acessórios de apoio à amamentação".

82% classifica a informação que lhe foi transmitida durante a vigilância da sua gravidez como muito útil e 18% considerou-a útil.

Aspectos relacionados com a amamentação.

Quando questionadas para quem consideram vantajosa a amamentação, 28,8% das mães considera-o exclusivamente para o bebé e 71,2% considera que as vantagens de amamentar são para ambos (mãe bebé). Em relação à altura em que tomaram a decisão de amamentar constatámos que 65,4% tomou esta decisão antes da gravidez, 34,6% tomou a decisão durante a gravidez.

O afastamento temporário do bebé e da mãe após o nascimento aconteceu em 40,4% das situações. 46,2% dos bebés foram amamentados durante a primeira hora após o nascimento e 42,3% só foi colocado à mama pela primeira vez após a primeira hora de vida, 11,5% as mães não sabem quando ocorreu a primeira mamada. 75% das mães inquiridas não necessitou de ajuda a primeira vês que colocou o bebe á mama, 25% necessitou de ajuda a qual foi dada em todos os casos pela enfermeira na maternidade.

Durante o período que permaneceram na maternidade 61,5% dos bebes fizeram suplemento de leite artificial.

Quando questionadas sobre os subtemas que foram abordados na maternidade relacionados com a amamentação verificamos que dos cinco subtemas referidos o "como colocar o bebe á mama" foi o subtema mais falado com as mães (25%), seguindo-se "os cuidados a ter com a mama e o mamilo" (21%), os aspectos relacionados com o "horário das mamadas" (15%), "duração das mamadas" (16%), vindo depois a abordagem às "dificuldades que podem surgir durante a amamentação" com 13%. Verificamos também que algumas mães não foram alvo da abordagem de nenhum tema relacionado com a amamentação em 10% dos casos.

62% das mães refere não ter tido dificuldades com a amamentação após a alta da maternidade, 38% refere dificuldades (que se traduziram em 63% nos bicos gretados, seguido de 26% mães que apresentavam bicos planos e por último 11% a situação de mastite,) que lhes dificultaram a amamentação.

Quando questionadas sobre quem ajudou a ultrapassar estas dificuldades 40% responde que foi a enfermeira a quem recorreram, seguidamente a pessoa que mais as ajudou foi a sogra em 18% também o médico de família foi uma ajuda para estas mães em 12% dos casos, em 9% a ajuda veio da sua própria mãe. Em menor número, 6% encontram-se os maridos como pessoa a quem recorreram para ajudar a resolver os problemas com a amamentação e em 15% das situações referem que não tiveram ajuda de ninguém.

Em relação aos motivos de introdução de suplemento de leite artificial as razões variam desde: o bebé que ficava insatisfeito em 48%, as complicações com as mamas em 19%, o bebé que não aumentava de peso em 18% e em 15% as situações que as mães referiram ter ficado subitamente sem leite.

A orientação para a introdução do suplemento de leite artificial veio em maior percentagem 38,5% da parte da enfermagem seguido do pediatra com 23,1% e em igualdade temos o médico de família e o farmacêutico com 11,5%, 5,8% tiveram orientação da avó.

A média de idade com que os bebés iniciaram leite artificial é de 32,5 dias de vida variando o intervalo de idades entre 1 dia de vida e os 90 dias de idade.

A principal razão apresentada pelas mães para abandonar a amamentação foi porque ficaram sem leite em 67%, seguindo-se a situação em que os bebes não ficavam satisfeitos em 21% e a terceira razão apresentada prende-se com o facto de o bebe rejeitar a mama em 12%.

À questão se foi amamentada, 65,4% das mães responderam que sim, 15,4% das mães não sabe e 19,2% não foi amamentada. Se é frequente verem mulheres a amamentar na comunidade onde vivem a grande maioria diz que sim 92,3%.

63,5% tem outros filhos e destas, 65,6% amamentaram o outro filho, quando questionadas como classificam a experiencia de amamentar o filho anterior 47,6% classifica essa experiencia como muito agradável, e a maioria 52,4% classifica-a como agradável. Se a experiencia anterior de amamentação influenciou a decisão de amamentar este filho 85,7% considera que sim 14,3% acha que essa experiencia não influenciou a sua decisão em amamentar.

DISCUSSÃO

Factores que levam ao abandono

Estudos nacionais e internacionais reflectem a

preocupação existente relativamente ao aleitamento materno, quer na identificação das determinantes da decisão em amamentar quer sobre os factores associados a uma maior ou menor duração do aleitamento materno exclusivo.

No presente estudo a média de tempo que os bebés se mantiveram com aleitamento materno foi de 32 dias, sendo o mínimo 1 dia e o máximo de 3 meses. Verificou-se também que à saída da maternidade 90% dos bebes mantinha a amamentação, o que é ligeiramente superior aos dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1999 que refere uma taxa de 85%, (no entanto ao fim de 1 mês, a percentagem de bebés que mantinham a amamentação era de 24,5%).

A maioria destas mães (65%) refere que tomou a decisão de amamentar antes de engravidar curiosamente nenhuma tomou a decisão depois de o bebé nascer, o que nos transmite que a maioria estava conscientes deste acto. No entanto o facto de esta decisão ter sido tomada antecipadamente parece que não é um factor facilitador do sucesso da amamentação, o que podemos associar à falta de apoio do meio envolvente contrariamente ao que nos diz Levy (1996). A tomada de decisão da mulher em amamentar o seu filho é o primeiro pré-requisito para o sucesso do aleitamento materno estando a precocidade da decisão intimamente relacionada com esse sucesso segundo estudos de Levy (1996), Pereira (2000) e Galvão (2002) citado por Pereira (2006, p.55-56). O apoio do companheiro, da mãe, da família, dos amigos e também dos profissionais de saúde, se for positivo e empenhado aumenta as taxas da amamentação segundo Raj e Plichat (1998) citado por Pereira (2006, p. 69).

Constatou-se neste estudo, que 42,3% dos bebés foi colocado à mama pela primeira vez depois da primeira hora após o parto e 11,5% das mães não sabem quanto tempo havia decorrido após o parto, quando o seu bebé mamou pela primeira vez, também constatamos que o afastamento do bebé e da mãe se mantém em grande número pois 40,4% dos bebes foi afastado temporariamente das mães após o nascimento, o que poderá estar relacionado com o número de cesarianas que se verificaram em cerca de 46,2% dos partos, motivo que pode levar também a uma tardia subida de leite materno. A oferta de suplemento de leites artificiais é também uma prática com bastante evidencia pois 61,5% dos bebés tomaram biberão na maternidade.

Factores desfavoráveis relacionados com a ***prática de cuidados,*** segundo Pereira (2006) e Galvão (2006), têm grande repercussão no declínio do aleitamento materno exclusivo e são facilitadores do aleitamento artificial. Carvalho e Cordeiro (1990, p.5) e Levy (1994, p. 193) descrevem em relação à ***organização dos serviços*****:** as rotinas e horários pouco flexíveis, a primeira mamada tardia, a não permanência do recém-nascido junto da mãe por existência de berçário, a ausência de uma pessoa significativa durante o parto, o tipo de parto. No que concerne à **atitude dos profissionais de saúde,** salientam: o pouco investimento nos cuidados antecipatórios, as deficiências na formação por falta de interesse ou por não valorização da problemática do aleitamento materno, a oposição à amamentação, a distribuição e oferta indiscriminada de suplementos de leite artificial.

Foi também manifestado por 48% das mães, como motivo de introdução de suplemento de leite artificial, o facto de o bebé não ficar satisfeito, 19% referiram as complicações que surgiram com as mamas após o inicio da amamentação, 18% a progressão de peso do bebé não ser favorável e 15% a súbita agalactia.

Como factores de abandono do aleitamento materno as principais razões apresentadas foram em 67% dos casos o facto de ter ficado subitamente sem leite, em 21% a razão foi que o bebé não ficava satisfeito e como terceira razão apresentada o facto de os bebés rejeitarem a mama. Também no estudo de Leal e Coutinho (2005,p.278) as mulheres mencionaram a insuficiência ou a inexistência de leite e a rejeição por parte do bebé como motivos para desistirem de amamentarem.

O facto de a maioria das mães 67% ser natural de um meio urbano, ter um agregado familiar constituído maioritariamente por 3 ou 4 pessoas que se restringem aos companheiros e outros filhos em cerca de 78%, serem em grande percentagem 84,6% empregadas, do sector privado, com contratos de trabalho a termo certo ou em prestação de serviços ou sem qualquer vinculo profissional, o que se reflecte na precariedade dos empregos e

na falta de apoios, vem de encontro a algumas das causas apontadas para o abandono do aleitamento materno que são semelhantes nos trabalhos portugueses e europeus.

Estas causas prendem-se com diversos factores **socioculturais** que favorecem o declínio do aleitamento materno expressos por Carvalho e Cordeiro (1990, p.5) e Levy (1994, p. 193) são, entre outros, a migração das famílias, de zonas rurais tradicionais, para outras mais industrializadas e urbanas, fazendo com que se perca a essência do apoio familiar e comunitário a nível educativo, emocional e de ajuda doméstica que rodeava a mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Esta ausência de apoio é mais acentuada nos meios urbanos onde a família alargada vai sendo substituída por famílias nucleares ou monoparentais, não havendo uma vivência e ou contacto com um meio aleitante natural. Curiosamente neste estudo nenhuma mãe apontou como motivo de abandono do aleitamento materno o facto de não gostar de amamentar em público ou não o fazer por motivos estéticos ou porque a fazia sentir muito dependente do bebé.

A vigilância das grávidas foi realizada por um conjunto de profissionais que maioritariamente apresenta a intervenção do médico de família em 79%, a intervenção da enfermeira da USF verifica-se em 49% das grávidas e constata-se que destas grávidas, 45% tiveram a intervenção da equipa médico e enfermeira da USF GAMA.

Constatámos também que vários foram os temas abordados com as grávidas pelos profissionais de saúde que acompanharam a vigilância da gravidez e posteriormente pelos profissionais de saúde da maternidade.

Constatamos que 37% das grávidas durante a vigilância da gravidez ouviu falar sobre 11 subtemas dentro do grande tema amamentação, se relacionarmos este dado com o facto de 48% das grávidas ter frequentado o curso de preparação para o parto no centro de saúde verificamos que nem todas assistiram a sessão teórica/pratica incluída neste curso sobre a amamentação. Constatamos também que existiram subtemas que foram abordados com um grande número de grávidas como o subtema vantagens da amamentação que foi abordado com todas as grávidas durante a vigilância da sua gravidez. Esta contradição de serem abordados poucos subtemas mas alguns serem abordados com o maior número de grávidas possível pode demonstrar uma preocupação dos enfermeiros em educarem para as vantagens da amamentação e por vezes não valorizarem outros aspectos mais práticos deste cuidado.

Durante a permanência na maternidade foram essencialmente 5 os subtemas abordados com as puérperas. Com maior incidência 63%, sobre o subtema "como colocar o bebe á mama", 51% ouviu falar sobre "os cuidados e ter com a mama e os mamilos", 38% ouviu falar sobre "horários e duração das mamadas", 32% abordou o tema "as dificuldades que podem surgir durante a amamentação"preocupante é o facto que 25% das mães refere que durante a sua permanência na maternidade, consigo não foi abordado nenhum tema relacionado com a amamentação, o que nos levanta inúmeras dúvidas sobre os cuidados de enfermagem.

A actuação de enfermagem deverá acontecer nos períodos pré-natal, durante o parto e no pós-parto, até quando durar a amamentação.

De um modo geral as mulheres quando engravidam já têm definido como alimentar o seu bebé, tendo por base as inúmeras vantagens do aleitamento materno, no entanto têm dúvidas e desconfianças. Nesta fase, o enfermeiro deverá elucidar a grávida das amplas vantagens da prática do aleitamento materno, para a criança, para a mãe, para a família, inclusive para o meio ambiente (Pereira, 2006).

Em relação as dificuldades surgidas durante a primeira mamada ocorreram numa minoria em 25% das puérperas as quais referem unanimemente que quem a ajudou nesta situação foi a enfermeira. Em 38% dos casos surgiram complicações com o decorrer da amamentação já após a alta da maternidade e aqui a ajuda para resolver a situação foi mais diversificada vindo em maioria da enfermeira, seguindo-se a sogra, medico de família, mãe e marido, 16% das mães refere que não teve ajuda para ultrapassar as dificuldades que surgiram, as quais foram maioritariamente bicos gretados, bicos planos e situações de mastite.

Quando existe um ambiente familiar desfavorável à prática do aleitamento materno, seja por conflito de ideias, ou por rejeição, a mulher necessita

de maior apoio, especialmente por parte de uma equipa multidisciplinar (Rego, 2002). No entanto, alguns estudos publicados apontam como fontes de informação mais significativas os familiares/ amigos e a comunicação social, relegando para segundo plano os profissionais de saúde. No estudo realizado por Leal e Coutinho (2005, p.279), as mulheres consideram indispensável o apoio dos companheiros relativamente à amamentação e que os profissionais de saúde as ajudam. Neste estudo podemos assumir a relevância que quando houve problemas na amamentação no domicílio foi a enfermeira a primeira ajuda.

Prioridades de intervenção:

Actualmente existe uma forte adesão por parte das grávidas e casais às consultas e exames de vigilância pré-natal, no entanto o acompanhamento da gravidez parece não as preparar para o aleitamento materno. Sendo este parte integrante das inúmeras funções da maternidade, a sua preparação deverá incluir-se como componente da fase pré-natal.

A nível dos cuidados de saúde primários onde a promoção é uma das vertentes, deve haver um empenho acrescido para que as grávidas/casais tenham antecipadamente a (in)formação adequada de forma a esclarecer as duvidas, incertezas e inquietações pois a amamentação é um processo de ordem fisiológica natural mas que precisa de ser aprendido como refere Mendes (1991) "a grávida deve ser preparada para amamentar" e para Pereira (2006) o papel do pai é essencial no sucesso desta prática.

O período pré-natal é a fase mais adequada para incentivar a grávida/casal para o aleitamento materno, Rego (2002) diz que o carácter cíclico das consultas permite um intervalo útil para a absorção e reflexão do tema, a par disso permite que a grávida envolva a família. Feferbaum e Falcão (2003), também apontam a necessidade da grávida ser estimulada e motivada, desde o início da gravidez, a amamentar o filho que vai nascer. Tal pode acontecer de forma individual ou em grupo, com recurso a folhetos explicativos, vídeos ou mesmo aulas. Rego (2002), aponta as práticas colectivas como as mais adequadas, já que englobam maior número de mulheres, permitem a desinibição das participantes e possibilitam troca de informações e relato de experiências.

Será também importante delinear estratégias para termos a certeza que passando por vários técnicos, as mulheres tenham acesso à informação essencial para facilitar a oportunidade de amamentar.

Ao sair da maternidade as mães devem ter programada uma visita domiciliária pela Enfermeira o mais precoce possível, uma vez que é nesta fase de adaptação da família aos seus novos papéis que surgem as dificuldades relativamente a vários aspectos, nomeadamente com a amamentação. Na opinião de Branden (2000), "Nessa fase, é extremamente importante que a Enfermeira oriente o casal e escute atentamente suas preocupações".

No nosso estudo também identificamos dificuldades na amamentação e complicações relacionadas com as mamas na primeira semana depois de estarem em casa. Este dado reforça a importância da visita domiciliária.

O acesso facilitado ao enfermeiro durante os primeiros tempos de amamentação que neste estudo verificamos como média os 32 dias deve ser implementado quer com atendimento presencial quer por acesso telefónico, será também importante neste período manter uma ligação com as mães mais frequente, com mais atenção aos procedimentos facilitadores da amamentação.

CONCLUSÃO

Verifica-se uma multicausalidade no abandono do aleitamento materno, tornando difícil a directividade na intervenção do enfermeiro mas, sendo esta pertinente. Segundo o estudo de Sable e Patton (1998) apud Galvão (2006, p.7) estes referem a importância dos conselhos pré-natais sobre amamentação às mulheres, verificando-se uma maior percentagem de adesão na tomada de decisão destas do que das que não receberam qualquer conselho.

O apoio e estímulo do enfermeiro à mulher/ família, tanto nas Unidades Neonatais como nos Centros de Saúde, são essenciais para o sucesso da primeira mamada, para ajudar nos problemas precoces e apoiar quando surgem as dificuldades tardias já em casa. É essencial uma boa acessibilidade e uma qualidade desejável nas respostas dos enfermeiros perante as solicitações das mulheres/

famílias, objectivando a manutenção da amamentação. O enfermeiro tem um papel fulcral e privilegiado na actuação e na implementação de estratégias junto das e com as famílias, de modo personalizado, tendo em conta as necessidades individuais de cada uma destas, visando uma amamentação bem sucedida, como preconizado por organizações internacionais e nacionais, expresso como orientação estratégica no PNS 2004-2010 que *"será dado destaque ao aleitamento materno, como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais"* (Portugal 2004, p.28).

Pelo exposto anteriormente, é nosso dever enquanto membros da comunidade e profissionais de saúde interventores, incentivar o aleitamento materno exclusivo, revitalizando-o e dando-lhe visibilidade como uma prática de laços indestrutíveis entre mãe e bebé.

AGRADECIMENTOS

A investigadora teve a colaboração da Srª Enfª Emília Soveral e Marisa Passos que trabalham na mesma unidade.

BIBLIOGRAFIA

A Amamentação à Luz da Psicologia da Saúde. **Servir.** Lisboa. ISSN 0871-2370. vol. 52, nº 3 (Maio/Junho 2004) p. 140-143.

AVÔ, António Brito – **O Desenvolvimento da Criança.** Lisboa: Texto Editora. 1ª. ed. 1996. 125 p. ISBN 972-47-0034-8.

BRANCO, Maria João; NUNES, Baltazar – **Uma Observação sobre Aleitamento Materno: Relatório.** Lisboa: ONSA, 2003. 32 p.

Comissão para a promoção do aleitamento materno do CHU Sainte-Justine, Montreal, Quebeque – **O aleitamento materno.** Lisboa: CLIMEPSI. 1ª. ed. 2007. 93 p. ISBN 978-972-796-255-6.

CORDEIRO, Mário J. G.; CARVALHO, Maria Celsa Afonso – **Alimentação Da Criança Saudável: alguns aspectos**. Lisboa: DGCSP, 1990. 22 p. (Manter a Criança Saudável – Texto de apoio 12)

COUTINHO, Joana; LEAL, Isabel Pereira – Atitudes de mulheres em relação à amamentação – Estudo exploratório. **Análise Psicológica.** Lisboa. ISSN 0870-8231. vol. XXIII, nº 3 (Julho/Setembro 2005), p. 277-282.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência. 3ª ed. 2003. 388p. ISBN 972-8383-10-X.

FRANCO, José João – Orientação Antecipada Para a Amamentação. **Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN 0872-8844. nº 47 (Março 2003) p.57-59.

FRANCO, João José - Preparação Pré-Natal para a Amamentação. **Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras.** nº 4 (2003) p.13-15.

GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia – Promoção da Amamentação. **Boletim da Escola: Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto.** Coimbra. nº 5 (Outubro 2004), p. 15-19.

GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia - **Amamentação Bem Sucedida: Alguns Factores Determinantes**. Loures: Lusociência. 2006. 199 p. ISBN 972-8930-11-9.

LE ROY, J. – O Aleitamento Materno. **Servir.** Lisboa. ISSN 0871-2370. vol. 48, nº 4 (Julho/Agosto 2000), p. 203-208

LEVY, Leonor – A Alimentação no Primeiro Ano de Vida. **Revista Portuguesa de Pediatria.** Lisboa. ISSN 0301-147X. Vol. 25, nº 3 (Maio/Junho 1994), p. 191-204.

-EVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – **Manual de Aleitamento Materno.** Portugal: Edição Comité para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2002. p. 43.

LOPES, Manuel José – Amamentação Materna. **Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN 0872-0844. nº 60 (Maio 2005) p.28-31.

MARTINS, Alice Gentil; MOLEIRO, Agostinho – **Amor de Mãe Amor de Pai.** Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres e Direcção Geral da Família. 1994. 117 p. ISBN 972-597-030-6.

NDUWIMANA, Martin – Aleitamento Materno. **O Berço.** Arcueil. ISSN 1278-3293. nº 6 (Junho 1999), p. 2-4.

PEDRO, Isabel Maria dos Santos Cascão – Amamentação Prolongada: Um processo complexo e ainda mal conhecido. **Servir.** Lisboa. ISSN 0871-2370. vol. 50, nº 6 (Novembro/ Dezembro 2002) p. 270-275.

PEREIRA, Maria Adriana – **Aleitamento Materno: Importância da Correcção da Pega no Sucesso da Amamentação.** Loures: Lusociência. 2006. 299 p. ISBN 972-8930-21-6.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume II – Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2004. 2 vol. 214 p. ISBN 972-675-110-1.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed. 1995. 391p. ISBN 85-7307-1014-X.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume I - Prioridades.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2004. 2 vol. 86 p. ISBN 972-675-109-8.

CONGRESSO VULNERABILIDADES NA GRAVIDEZ E PÓS-PARTO, 2010 - **vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto contributos** 2010, Corrente Dinâmica. ISBN: 978 – 989 – 966 – 17 – 0 – 7

A INFLUÊNCIA DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NO EMPENHAMENTO ORGANIZACIONAL EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Maria Ines Oliveira Santarém Duque Correia [1]

Resumo

A presente investigação teve como objectivos: perceber a influência da satisfação profissional no empenhamento organizacional dos enfermeiros em Organizações de Saúde e comparar o empenhamento e a satisfação profissional dos enfermeiros em diferentes Unidades de Saúde. Para tal, utilizaram-se dois instrumentos de avaliação, o " Índice de Satisfação Profissional" (Stamps, 1997) e o "Organizational Commitment Questionnaire" (OCQ), adaptado por Nascimento (2008).

Concluiu-se que os factores que mais influenciam o nível de satisfação profissional dos enfermeiros foram: requisitos no trabalho, interacção global e normas organizacionais. Os de menor satisfação foram: status profissional, autonomia e remuneração.

Inferiu-se que os inquiridos sentem-se medianamente satisfeitos em termos profissionais.

Nas dimensões relacionadas com o empenhamento organizacional, verificou-se que os tipos de empenhamento predominantes foram o normativo e o afectivo. O tipo de empenhamento com média relativamente inferior foi o instrumental.

Quanto ao empenhamento, concluiu-se existir um nível superior ao valor médio da escala.

Inferiu-se existir uma correlação positiva alta entre a satisfação profissional e o empenhamento organizacional. Da análise comparativa, entre as três Unidades da Organização de Saúde estudada, concluiu-se existirem diferenças significativas nas três Unidades.

Palavras-chave: Profissional, Empenhamento organizacional, enfermeiros

Abstract

THE INFLUENCE OF JOB SATISFACTION OF NURSES ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS.

The objective of this research is to understand the influence of job satisfaction of nurses on organizational commitment in health care organizations, and compare the organizational commitment and job satisfaction of nurses in different health units. Two instruments of evaluation were used, the "Index of Work Satisfaction (Stamps, 1997) and " Organizational Commitment Questionnaire (OCQ), adapted from Nascimento (2008).

Findings suggest that the factors which most influence the level of job satisfaction of nurses are: work requirements, interaction and organizational policies. Those with the lowest satisfaction: professional status, autonomy and pay. We concluded that the participants feel moderately satisfied with their careers.

With reference to organizational commitment, results showed that these were predominantly normative and affective. Continuance commitment was less frequent.

The results show above average organizational commitment.

A strong positive correlation between job satisfaction and organizational commitment was found. Comparative analysis between the three units of the Organization of Health study, showed significant differences of job satisfaction and commitment.

Keywords: *Job Satisfaction, Organizational Commitment, Nurses*

Rececionado em setembro 2011. Aceite em setembro 2012

[1] Enfermeira Especialista EMC; Mestre em Gestão de Unidades de Saúde; CH Médio Tejo. E-mail: inesantarem@gmail.com

INTRODUÇÃO

Num período caracterizado pela redução de efectivos nas empresas, pela precariedade dos contratos de trabalho e pela elevada rotatividade em termos de pessoal, uma consequência inevitável é a ligação mais frágil do indivíduo à Organização, com implicações a nível do seu envolvimento e identificação com o projecto da Organização (Cabral-Cardoso, 2000). Os estudos empíricos indicam que colaboradores mais empenhados com a Organização, tendem a desenvolver melhor desempenho, maior investimento profissional, mais comportamentos de cidadania organizacional e menos resistência à mudança (Cunha *et al*., 2004; Chu e Hsu 2011).

De acordo com Peltier, Nill e Schibrowsky (2003), um dos principais obstáculos que as organizações de Saúde enfrentam, é encontrar e manter uma equipa de enfermagem de alta qualidade. Uma equipa motivada e responsabilizada/empenhada, cria estabilidade e leva à criação de uma base sólida para o desenvolvimento e implementação de iniciativas de planeamento estratégico eficaz em áreas de melhoria da qualidade e mudança organizacional (Peltier, Boyt, Schibrowsky, Westfall 1999; e Weiss, Pettengil, Kay, Kjervik,1990).

Tendo em conta o referido, e para a prestação de cuidados com qualidade são essenciais colaboradores satisfeitos e empenhados. Por este motivo, é importante reconhecer qual o nível de empenhamento e grau de satisfação profissional, bem como os factores que o influenciam. Só assim se torna possível implementar medidas correctivas que irão ter reflexos na satisfação profissional e concomitantemente na prestação de cuidados.

Considera-se que este estudo é pertinente, numa altura em que são exigidos elevados padrões de qualidade aliados a políticas economicistas, tornando-se necessária uma reflexão sobre a satisfação profissional e as suas implicações no empenhamento dos profissionais de Saúde. Neste sentido, os objectivos deste trabalho de investigação foram: perceber a influência da satisfação profissional no empenhamento organizacional em Organizações de Saúde; comparar o empenhamento organizacional e a satisfação profissional dos enfermeiros em diferentes Unidades.

QUADRO TEÓRICO E REVISÃO DA LITERATURA

Face às variáveis e às relações entre as mesmas que se pretende estudar no âmbito deste estudo, faz-se de seguida uma breve revisão bibliográfica, abordando as principais teorias da satisfação, o empenhamento organizacional e a relação existente entre ambas.

Principais teorias da satisfação

Na revisão da literatura verificou-se haver uma associação, e até mesmo alguma indiferenciação, entre teorias da satisfação e da motivação, razão pela qual será feita alusão a teorias que surgem no estudo de ambos os conceitos. Assim, apresenta-se na **tabela 1** de forma resumida os factores determinantes da satisfação segundo as teorias consideradas como base para as dimensões que se pretende analisar.

Pela análise dos factores que determinam a satisfação das principais teorias, pode inferir-se que a satisfação depende da interacção individuo - ambiente de trabalho. A motivação depende, quer dos factores individuais desencadeantes da satisfação das pessoas, quer dos contributos dos contextos das Organizações dos quais ela resulta.

Empenhamento Organizacional

Na literatura sobre empenhamento organizacional encontraram-se duas grandes abordagens. Numa primeira abordagem, o empenhamento é conceptualizado como uma atitude (Meyer e Allen, 1997; Mowday, Steers, Porter, 1979; O'Reilly e Chatman, 1986), numa segunda abordagem e para outros autores, o empenhamento é perspectivado como um comportamento (Salancik, 1979). Tendo em conta o maior destaque na literatura relativamente ao empenhamento atitudinal, este estudo centrar-se-á no empenhamento enquanto atitude, especificamente no Modelo multidimensional de Meyer e Allen.

Segundo Meyer e Allen (1997), o empenhamento organizacional é o estado psicológico que vincula a relação do indivíduo à Organização, tendo efeitos sobre a sua decisão de continuar a permanecer ou não, na mesma Organização. Para os au-

Tabela 1- Síntese dos factores determinares da satisfação para as principais teorias

Teoria	Autores	Factores determinantes da Satisfação
Teoria das Relações Humanas	**Elton Mayo (1949)**	As pessoas são motivadas por necessidades de natureza social e psicológica (reconhecimento, interacção, participação e decisão sobre a execução de tarefas)
Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas	**Maslow (1954)**	A satisfação é determinada pela realização de 5 níveis de necessidades hierarquizadas (fisiológicas, segurança, sociais, auto estima e auto realização).
Teoria da Equidade	**Adams (1963)**	A motivação é causada pelo sentimento de equidade e equilíbrio entre o esforço e as recompensas.
Teoria das Expectativas	**Vroom (1964)**	A satisfação é ocasionada pelas expectativas, necessidades e valores que as pessoas trazem para o seu trabalho. São as recompensas que determinam a satisfação.
Teoria dos Dois Factores	**Herzberg (1966)**	Os factores motivadores são a realização pessoal, o reconhecimento, o crescimento da responsabilidade, o próprio trabalho.
Teoria das Características da Função	**Hackman e Oldham (1976)**	As características associadas ao trabalho é que determinam a motivação: a variedade de funções, a identidade, o significado das tarefas, a autonomia e o feedback recebido.

tores, o constructo empenhamento organizacional, engloba três componentes que designaram como componentes afectiva, normativa e instrumental. De acordo com o atrás referido e como síntese dos três componentes, os empregados com forte empenhamento afectivo mantêm-se na Organização porque assim o **desejam**, aqueles que têm forte empenhamento instrumental permanecem porque **necessitam**, e aqueles que têm forte empenhamento normativo continuam na Organização porque sentem que o **devem** fazer (Meyer, Allen, Smith 1993).

Relação entre Satisfação no Trabalho e Empenhamento Organizacional

Da revisão da literatura e dos estudos realizados, verificou-se a importância da satisfação profissional no empenhamento organizacional (Porter *et al*., 1974, Welsch e Lavan, 1981; Glisson e Durick, 1988; Almeer, 1995; Al-Aameri, 2000; Jernigan, Beggs, Kohut, 2002; Bull, 2005; Ferreira, 2005;Tanriverdi, 2008; Jesus *et al*., 2010; Malik, Nawab, Naeem, Danish, 2010).

Glisson e Durick (1988), no seu estudo referem que a satisfação com o trabalho e a satisfação com a supervisão estão relacionadas com o empenhamento. Assim, quando um colaborador está satisfeito com o seu trabalho, permanecerá mais tempo na Organização. Também Welsch e Lavan (1981), num estudo realizado com administradores de um centro médico de Midwest, relacionaram a satisfação com o empenhamento, tendo encontrado relação entre as diferentes dimensões da satisfação profissional com o empenhamento.

Corroborando os autores anteriores, Porter *et al.* (1974), sugerem que o empenhamento e a satisfação estão relacionados, embora sejam constructos distintos, já que cada um parece contribuir com informação única para as relações do indivíduo com a Organização.

Meyer e Allen (1993), no seu estudo com enfermeiras, concluíram que o empenhamento afectivo e instrumental tem uma correlação positiva com a satisfação no trabalho, enquanto que o empenhamento normativo tem uma correlação negativa. No estudo de Ferreira (2005), analisando os diferentes modelos de gestão, refere que no modelo empresarial, a satisfação no trabalho está positivamente correlacionada com o empenhamento or-

ganizacional, bem como com as dimensões afectiva, normativa e instrumental. Concluiu que os médicos e enfermeiros do modelo tradicional e do modelo empresarial fazem depender o seu empenhamento organizacional, entre outras variáveis, da satisfação no trabalho (Ferreira, 2005).

Com base nos objectivos e no enquadramento teórico exposto anteriormente, construiu-se a seguinte hipótese e as várias sub - hipóteses de investigação:

Hipótese 1: A satisfação no trabalho influencia positivamente o empenhamento organizacional.

Sub-Hipótese 1.1: A satisfação no trabalho influencia positivamente o empenhamento afectivo.

Sub-Hipótese 1.2: A satisfação no trabalho influencia positivamente o empenhamento normativo.

Sub-Hipótese 1.3: A satisfação no trabalho influencia positivamente o empenhamento instrumental.

Adicionalmente pretendeu-se comparar o empenhamento organizacional e a satisfação profissional dos enfermeiros em diferentes Unidades de Saúde. Embora existam orientações gerais comuns nas Organizações de Saúde, existem características específicas para cada Unidade de Saúde, derivadas de aspectos culturais, sociais e ambientes organizacionais distintos, o que poderá conduzir, a diferentes graus de satisfação e empenhamento organizacional dos profissionais.

METODOLOGIA

Optou-se por um estudo quantitativo descritivo e correlacional, uma vez que visa explorar e identificar relações entre variáveis, neste caso, a satisfação profissional e o empenhamento organizacional. Definiu-se como universo deste estudo, os enfermeiros que desenvolvem a sua actividade profissional no Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) - EPE, constituído pelas Unidades de Tomar, Torres Novas e Abrantes.

Neste estudo a amostra é não probabilística e intencional. Os elementos da amostra foram seleccionados de acordo com os seguintes critérios: ser enfermeiro no CHMT e aceitar participar neste estudo (tendo sido abrangidas as categorias de Enfermeiro, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Graduado) e exercer funções nos serviços de Medicina e Cirurgia. Estes são os serviços de internamento, comuns aos três Hospitais, e foram seleccionados, pelo facto de se pretender fazer um estudo comparativo nas três Unidades.

Instrumento de Colheita de Dados

Para a realização da presente investigação utilizou-se um questionário constituído por três partes. Na primeira parte pretendeu-se recolher informações de natureza sócio demográfica sobre os inquiridos: idade; género; categoria profissional; vínculo profissional; antiguidade; serviço e Unidade de Saúde. Foram utilizadas questões fechadas sob a forma dicotómica e de escolha múltipla.

Na segunda parte pretendeu-se recolher informações sobre o grau de satisfação profissional dos enfermeiros, utilizando-se o "Índice de Satisfação Profissional" (ISP) (Stamps, 1997). O ISP mede o nível de satisfação profissional actual dos enfermeiros, em relação a seis componentes profissionais — autonomia, interacção, status profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração. O ISP é constituído por 44 afirmações que contêm os itens dos componentes, que estão dispostos aleatoriamente na escala.

Na terceira parte recolheu-se informação sobre o empenhamento organizacional dos enfermeiros. O constructo Empenhamento Organizacional foi avaliado pelo modelo adaptado de Meyer e Allen (1997), "Organizational Commitment Questionnaire" (OCQ), que foi adaptado posteriormente à realidade portuguesa por Nascimento (2008). O questionário é constituído por 19 itens e permite medir as 3 dimensões do empenhamento organizacional: empenhamento afectivo, empenhamento normativo e empenhamento instrumental.

Na segunda e terceira partes do questionário recorreu-se a uma escala de Likert de 7 pontos, cujos extremos variavam "1 - discordo totalmente" e "7 - concordo totalmente".

Para assegurar que as expectativas da investigação fossem alcançadas e poder diminuir possíveis erros existentes, foi realizado um pré teste a 5 enfermeiros. Os inquiridos que realizaram o pré teste referiram que algumas questões do questionário sobre satisfação profissional não se adequavam

aos enfermeiros que estavam na área da gestão, neste caso os enfermeiros chefes, pelo que estes foram excluídos da amostra. Foram ainda, retiradas três questões, que segundo os inquiridos não se adequavam à realidade salarial da enfermagem em Portugal (devido ao diferente sistema remuneratório entre Portugal e Estados Unidos, onde a escala foi desenvolvida).

Após a obtenção da aprovação da investigação por parte do CHMT, o questionário foi aplicado no mês de Novembro de 2010 nas três Unidades desta Organização.

ANÁLISE DOS DADOS

Após a recolha dos questionários, estes foram estatisticamente analisados, tendo-se procedido à sua operacionalização com o programa SPSS versão 17.0 (Statistical Package for Social Sciences). Na análise descritiva optou-se por recorrer às medidas estatísticas de frequências absolutas (***n***) e relativas (***%***); medidas de tendência central - média (***x***) e medidas de dispersão - desvio padrão (***dp***) e variância. No que diz respeito à estatística analítica, recorreu-se às seguintes técnicas estatísticas: Análises da variância (ANOVA), Regressão Linear Múltipla e Medidas de Correlação.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente à amostra, foram distribuídos 179 questionários pelos 2 serviços das três Unidades dos quais foram recolhidos 140, sendo a taxa de resposta de 78,2%. Assim, uma amostra de 140 enfermeiros, foi considerada suficiente para representar a totalidade da população em causa.

Em termos de género, a amostra é constituída maioritariamente (82,1%) por indivíduos do sexo feminino. Relativamente à idade, os enfermeiros são bastante jovens, dado que os grupos etários mais representativos serem o de 20-30 anos (57,9%) e o de menos de 40 anos (24,3%).

Dos inquiridos, 64 (45,7%) trabalham na Unidade Hospitalar de Abrantes, 39 (27,9%) na de Torres Novas e 37 (26,4%) na de Tomar. Relativamente à distribuição da amostra por serviço hospitalar, o serviço de Medicina foi o mais representativo com 77 dos inquiridos (55%) da amostra em estudo.

As variáveis analisadas apresentam-se nas **tabelas 2 e 3**. Para cada uma delas apresenta-se, o valor mínimo, o valor máximo, a média e o desvio padrão.

Tabela 2 - Caracterização das variáveis relacionadas com a satisfação profissional

Variáveis Relacionadas com a Satisfação Profissional	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Requisitos no Trabalho	3,50	6,33	**5.1048**	0,60253
Interacção Global	3,00	6,40	**5,001**	0,71721
Normas Organizacionais	2,86	6,14	**4,5306**	0,59294
Status Profissional	2,57	5,57	**4,199**	0,66184
Autonomia	2,63	6,38	**4,1625**	0,60251
Remuneração	1	4,67	**1.712**	0.9259
Satisfação Profissional (Global)	3,01	5,20	**4,1184**	0,3634

Como se pode observar na **tabela 2,** os factores mais influentes sobre o nível de satisfação profissional dos inquiridos foram os requisitos no trabalho, a interacção global e as normas organizacionais. Os de menor satisfação foram: status profissional, autonomia e remuneração. Neste estudo, o facto destes três componentes se terem destacado, como sendo os que proporcionam menor satisfação, permite uma reflexão quanto aos aspectos que deverão ser priorizados pela Organização de Saúde em estudo. Pode inferir-se, que no global nas 3 Unidades estudadas, verificou-se que os inquiridos sentem-se moderamente satisfeitos profissionalmente. Estes resultados estão concordantes com os estudos de Lino (1999 e 2004), Al-Aameri (2000), Andrade (2001) e Faria (2009).

Relativamente às dimensões do **empenhamento organizacional**, observa-se na **tabela 3**, que os tipos de empenhamento predominantes foram o normativo e o afectivo, com médias de 4,9. Este facto comprova que os inquiridos, estão na Orga-

nização para a qual trabalham, porque o desejam e gostam (empenhamento afectivo), e aí permanecem porque acham que é correcto fazê-lo, mantendo assim, um sentimento de lealdade com a Organização (empenhamento normativo).

Salienta-se que os valores médios do empenhamento afectivo e normativo são mais elevados que os do empenhamento instrumental. Estes resultados estão concordantes com outros estudos, Ferreira (2005), Bull (2005) e Leite (2006).

De acordo com Allen e Meyer (1996), os indivíduos mais afectiva e normativamente empenhados, tendem a denotar níveis mais elevados de desempenho individual, enquanto que o empenhamento instrumental surge negativamente correlacionado com o desempenho individual.Segundo McFarlane e Tetrick (1991), esta situação é a ideal para Organização, pois são estes os trabalhadores mais fieis, que têm uma atitude positiva em relação a seus empregos e estão sempre disponíveis para fazer mais, quando necessário.

Pode concluir-se que a Organização de Saúde estudada possui uma equipa de enfermagem com potencial para conseguir elevar o seu nível de desempenho individual, e assim conseguir potencializar os resultados organizacionais.

Por último, analisando o valor médio global para o empenhamento organizacional, nas 3 Unidades estudadas, verifica-se existir um nível superior ao valor médio da escala com 4,7.Estes dados estão condizentes com os resultados dos estudos de Al-Aameri (2000), Bull (2005), Ferreira (2005), Leite (2006) e Malik *et al.* (2010).

Tabela 3 - Caracterização das dimensões relacionadas com o empenhamento organizacional

Variáveis Relacionadas	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Empenhamento normativo	2,67	6	**4,9143**	0,59423
Empenhamento Afectivo	3,50	6,50	**4,8917**	0,59606
Empenhamento Instrumental	2,29	6,17	**4,1745**	0,71625
Empenhamento Organizacional (Global)	3,03	5,57	**4,6601**	0.45586

Depois de analisadas as variáveis dos 2 constructos, satisfação profissional e empenhamento organizacional, analisou-se de seguida, a relação existente entre ambas, através da correlação de *Pearson. C*oncluiu-se existir uma correlação positiva alta entre a satisfação profissional e o empenhamento organizacional (R= 0.72). Estes dados confirmam os resultados dos estudos de Almeer (1995), Knoop (1995), Smith (1996), Al-Aameri (2000), Bull (2005) e Ferreira (2005).

Teste da hipótese e sub- hipóteses

A análise de regressão linear múltipla permitiu testar a hipótese formulada, ou seja, "**A satisfação no trabalho influencia positivamente o empenhamento organizacional**" tal como afirmam Porter *et al*. (1974), Glisson e Durick (1988), Almeer (1995), Knoop (1995), Smith (1996), Al-Aameri (2000), Bull (2005), Ferreira (2005), Tanriverdi (2008), Rutherford (2009), Zhang e Zheng (2009) e Jesus *et al*.(2010), Malik *et al.(*2010).

O valor de *r* mostrou que o coeficiente de correlação entre a satisfação profissional e o empenhamento organizacional é de 0,807, sendo que, a percentagem de variação total no empenhamento explicada pela satisfação (R^2) é de 65,2 %. Este valor é significativo para um nível de significância de 0.005, o que indica que a satisfação explica só por si, cerca de 65% da variância do empenhamento organizacional.

Com o intuito de testar as sub-hipoteses 1.1, 1.2 e 1.3, ou seja, "**A satisfação no trabalho influencia positivamente o empenhamento afectivo", "A satisfação no trabalho influencia positivamente o empenhamento normativo"** e "**A satisfação no trabalho influencia positivamente o empenhamento instrumental"** e assim medir a intensidade da associação entre as variáveis, satisfação no trabalho e as dimensões do empenhamento, utilizou-se a correlação *r de Pearson.* Concluiu-se existir uma associação linear alta, da satisfação profissional com o empenhamento instrumental (R=0.78), moderada com o empenhamento afectivo (R=0.45) e baixa com o empenhamento normativo (R=0.26) (Maroco, 2007). A análise permitiu concluir que as sub-hipoteses 1.1,1.2 e 1.3 se confirmam. Estes resultados estão de acordo com os estudos de

Porter *et al.* (1974), Jernigan *et al.* (2002), Bull (2005), Ferreira (2005), Tanriverdi (2008), Zhang e Zheng (2009) e Jesus *et al*. (2010), que confirmam haver uma relação positiva entre os factores que provocam satisfação no trabalho e as dimensões do empenhamento organizacional.

O Empenhamento Organizacional e a Satisfação Profissional dos enfermeiros nas Unidades de Tomar, Abrantes e Torres Novas (CHMT)

Para a concretização do 2º e 3º objectivos procedeu-se à análise descritiva, para se saber as médias do empenhamento organizacional e satisfação profissional nas Unidades de Saúde estudadas. Com o intuito de verificar se as diferenças são significativamente diferentes recorreu-se à análise da Variância (ANOVA).

As médias da satisfação profissional nas três Unidades são diferentes, sendo 4,22 na Unidade de Torres Novas, de 4,18 na Unidade de Tomar e 4 na Unidade de Abrantes. Observa-se ainda que, as médias do empenhamento organizacional nas três Unidades são também diferentes, apesar de aproximadas, sendo de aproximadamente 4,79 na Unidade de Torres Novas e de aproximadamente 4,75 na Unidade de Tomar e 4,53 na Unidade de Abrantes.

Relativamente às três Unidades de Saúde, concluiu-se que os enfermeiros da Unidade de Torres Novas demonstram estar mais satisfeitos profissionalmente e empenhados na Organização, seguidos dos enfermeiros da Unidade de Tomar, e por último dos enfermeiros da Unidade de Abrantes.

Os resultados poderão ser fundamentados nos estudos de Obadara (2008); Jesus *et al*. (2010); Ahmad e Oranye (2010) ao inferirem que as percepções favoráveis da cultura e do clima organizacional induzem os colaboradores a tornarem-se mais empenhados, levando-os a sentirem maiores níveis de satisfação com o trabalho.

Por sua vez no estudo de Ferreira (2005), a percepção dos empregados, acerca do suporte organizacional, é baseada na sua opinião global a respeito dos valores da Organização e do seu contributo para o seu bem-estar. Para a autora, os profissionais de Saúde com um "melhor acompanhamento" e "maior apoio percebido" têm comportamentos mais positivos relacionados com o trabalho e empenham-se mais fortemente na Organização.

Também Riggle *et al*. (2008), demonstraram no seu estudo a importância da percepção do suporte organizacional no empenhamento organizacional, ao concluírem que a percepção de suporte organizacional dos empregados teve uma forte correlação positiva com o empenhamento organizacional e com a satisfação profissional.

Zhang e Zheng (2009) referem também que os valores culturais influenciam as atitudes dos grupos, ou seja, a forma como as pessoas traduzem a satisfação no trabalho e se empenham na Organização. Os autores concluíram no seu estudo, que as pessoas com uma cultura mais tradicional tendem a transferir a sua satisfação profissional num empenhamento mais forte, do que as pessoas culturalmente menos tradicionais.

Partilhando das opiniões anteriores e, sendo o CHMT uma Organização de Saúde constituída por três Unidades, com particularidades distintas, quer sociais, quer culturais e contextos de trabalho diferentes, justificam-se assim as diferenças encontradas, relativamente à satisfação e ao empenhamento Organizacional.

CONCLUSÃO

Do estudo desenvolvido foi possível ficar a saber que os factores que mais influenciam o nível de satisfação profissional dos enfermeiros foram: os requisitos no trabalho, a interacção global e as normas organizacionais. Os de menor satisfação foram: o status profissional, a autonomia e a remuneração. Concluiu-se que os inquiridos se sentem medianamente satisfeitos em termos profissionais.

Nas dimensões relacionadas com o empenhamento organizacional, verificou-se que os tipos de empenhamento predominantes foram o normativo e o afectivo. O tipo de empenhamento com a média mais baixa foi o instrumental. Ao nível do empenhamento global, concluiu-se que os inquiridos, estão a um nível superior ao valor médio da escala empenhados na Organização.

Relativamente à relação existente entre a satisfação profissional e o empenhamento organizacio-

nal, concluiu-se existir uma correlação positiva alta entre estas duas variáveis.

Fazendo uma análise comparativa entre as três Unidades da Organização de Saúde estudada sobre o empenhamento organizacional e a satisfação profissional dos inquiridos, inferiu-se que os enfermeiros estão moderadamente satisfeitos e empenhados na Organização havendo, no entanto, diferenças significativas nas três Unidades.

Conclui-se que os enfermeiros da Unidade de Torres Novas demonstram estar mais satisfeitos profissionalmente e empenhados na Organização, seguidos dos enfermeiros da Unidade de Tomar, e por último dos enfermeiros da Unidade de Abrantes.

Numa fase conturbada das organizações, em que a atenção sobre o comportamento organizacional é quase oculta, torna-se imperativo um investimento das Administrações Hospitalares nos seus colaboradores. No que diz respeito à enfermagem, os órgãos de gestão devem promover a qualidade do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, intensificar a sua relação com a Instituição e reconhecer a relevância da profissão.

Sugere-se a existência de projectos que promovam a autonomia e a satisfação na função dos enfermeiros, dos quais se destacam alguns pontos importantes: participação nas decisões da Organização, formação adequada para aumentar os seus conhecimentos e competências, garantir que os trabalhadores têm todos os recursos de que necessitam para executar o seu trabalho, a delegação de poderes, o estabelecimento de mecanismos de recompensa através de incentivos, a inovação dos materiais e equipamentos. Estes são sem dúvida aspectos que de facto conduziriam a uma maior satisfação e empenhamento organizacional dos profissionais.

BIBLIOGRAFIA

Ahmad N. e Oranye N.O. (2010) - "Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: a comparative analysis of nurses working in Malaysia and England", *Journal of Nursing Management,* 18 (5) pp.582–591.

Al-Aameri, Ahmed, (2000) -"Job satisfaction and organizational commitment for nurses", *Saudi Medical Journal*, Vol. 21(6) pp. 531-535.

Andrade, L. M. (2001) – "A Satisfação Professional Nos Enfermeiros De Pediatria". Tese apresentada para grau de Mestre em Ciências De Enfermagem, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Bull, I. (2005) - "The relationship between Job satisfaction and Organizational commitment amongst hight school teachers in disadvantaged áreas in the western cape" thesis submitted for the degree of magister Artuim at the University of the Western Cape.

Cabral-Cardoso, C. (2000) - "*Gestão de recursos humanos: evolução do conceito, perspectivas e novos desafios"*. In M.P. Cunha (Ed.), Teoria organizacional: perspectivas e prospectivas, Lisboa: Dom Quixote, pp. 225-249.

Chu, Cheng-I; Hsu, Yao-Feng (2011) - " Hospital Nurse Job Attitudes and Performance: The Impact of Employment Status , *Journal of Nursing Research*, Volume 19 - Issue 1 – pp. 53-60

Cunha, M.; Rego, A.; Cunha, R. e Cardoso, C. (2004) - "*Manual de comportamento organizacional e gestão*". Lisboa: Editora RH.

Faria, B.(2009) - "Qualidade de vida do enfermeiro no exercício profissional e os seus reflexos na satisfação profissional" Monografia apresentada para o grau de licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Ferreira, Maria M. F. (2005) – "Empenhamento Organizacional de Profissionais de Saúde em Hospitais com diferentes Modelos de Gestão?"Tese apresentada para grau de Doutor em ciências empresariais, Área de Organização e politicas empresariais Universidade do Minho. Braga.

Glisson, C. e Durick, M. (1988) – "Predictors of job satisfaction and organizational commitment in human service organizations", *Administrative Science Quarterly*, 33 (1), pp. 6181.

Jernigan, I.E.; Beggs,Joyce M.; Kohut, Gary (2002)- " Dimensions of Work satisfaction as presdictors of Commitment Type", *Journal of Managerial Psychology*, vol.17, nº 7, pp.564-579.

Jesus, M. ; Leal, S.; Vivas, C. (2010) - "Percepções de clima, empenhamento organizacional e satisfação com o trabalho: Um estudo de caso", Trabalho de fim de curso da Licenciatura em Gestão de Empresas, Escola Superior de Gestão e Tecnologia, Instituto Politécnico de Santarém.

Leite, Regina M. Oliveira (2006) – "O empenhamento dos Indivíduos nas Organizações e nas profissões: Uma avaliação dos efeitos das actividades extra laborais", Tese de doutoramento em ciências empresariais, Universidade do Minho.

Lino M.M. (1999) – "Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI. Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction", Tese apresentada para grau de mestre em enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Lino M.M. (2004) – "Qualidade de vida e satisfação profissional dos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva",

Tese de Doutoramento em enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Malik, M.; Nawab,S.; Naeem, B.; Danish R.(2010)- " Satisfaction and Organizational Commitment of University Teachers in Public Sector of Pakistan*", International Journal of Business and Management* Vol. 5, Nº 6.

Maroco J. (2007)- " *Análise estatística com utilização do SPSS*", Lisboa: Edições Silabo, 3ª edição.

McFarlane, L. e Tetrick, L.E. (1991) - "A Construct Validity Study of The Survey of Perceived Organizational Support," *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, pp.637.

Malik, M.; Nawab,S.; Naeem, B.; Danish R.(2010)- " Satisfaction and Organizational Commitment of University Teachers in Public Sector of Pakistan*", International Journal of Business and Management* Vol. 5, Nº 6.

Meyer, J. e Allen, N. (1997) – "*Commitment in The Workplace: Theory, Research and Application*", Sage Publications.

Meyer, J.; Allen, N.; Smith, C. (1993) – "Commitment to Organizations and Occupations:

Extension and Test of a Three-Component Conceptualisation", *Joumal of Applied Psychology*, 78 (4), pp.538-551.

Mowday, R.T.; Steers, R.M.; Porter, L.W. (1979) - "The Measure of Organizational Commitment," *Journal of Vocational Behavior*, (14)2, pp.224-247.

Nascimento J.; Lopes A.; Salgueiro M. (2008) - "Estudo sobre a validação do Modelo de Comportamento Organizacional" de Meyer e Allen para o contexto português", *Comportamento organizacional e gestão*, VOL. 14, Nº 1, pp. 115-133.

Obadara, Olabanji (2008) - "The influence of organizational climate and culture on Workers Job satisfaction and commitment", *Journal of Research in National Development*, vol 6 nº 2.

O 'Rei11y, C. e Chatman, J. (1986) – "Organizational commitment and psychological attachment: the effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior", *Joumal of Applied Psychology*, 71 (3), pp. 492-499.

Peltier, J.; Nill, A.; Schibrowsky, J.A. (2003) – "Internal Marketing, Nurse Loyalty and Relationship Marketing: An Exploratory Study of German Nurses", *Health Marketing Quarterly*, Vol. 20(4).

Peltier, James W.; Boyt, Thomas; Schibrowsky, John A.; Westfall, John (1999) - "Using Relationship Marketing to Develop and Sustain Nurse Loyalty: A Case of a Rural Health Care Institution," *Journal of Health and Human Service Administration*, 22 (1), pp. 83-104.

Porter, L.; Steers, R.; Mowday, R.; Boulian, P. (1974) - "Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians", *Journal of Applied Psychology*, 59, pp. 603-609.

Riggle,R.J.; Edmondson,R.D.; Hansen, John (2009) – " A meta analysis of the relationsship between perceived organizational support and job outcomes: 20 years of research", *Journal of Business Research*, 62, pp. 1027

Rutherford Brian; Boles James; Hamwi alexander; Madupalli, R. ; Rutherford, Leann (2009)- " The Role of the seven dimensions of Job satisfaction in salesperson`s, attitudes and behaviors",*Journal of Business Research*, 62, pp. 1146-1151.

Salancik, G. (1979) - "Commitment and the control of organizationa1 behavior and belief", In R. Steers e L. Porter (Orgs.), *Motivation and Work Behavior*, New York: McGraw-Hill, pp. 318-325.

Stamps, Paula L. (1997) – "Nurses and Work satisfation: an índex for measurement", Chicago: *Health Administration Press*, 2ª edição.

Tanriverdi, Haluk (2008)- "workers`job and organizacional Commitment: mediator variable Relationship of organizational Commitment factors", *The Journal of American Academy,* Cambridge: Vol. 14, nº 1, pp. 152-163.

Weiss, Majorie D.; Pettengil, Marian M. l.; Kay Savik; Kjervik, D. K. (1990) - "The Exposition as a Marketing Strategy", *Nursing Management*, 21 (9), pp. 54-58.

Welsch, H. e LaVan, H. (1981)- "Inter-Relationships Between Organizational Commitment and Job Characteristics, Job Satisfaction, Professional Behavior, and Organizationa1 Climate", *Human Relations*, 34 (12), pp.1079-1089.

Zhang, Jin; Zheng Wei (2009)- " How Does Satisfaction Translate into Perforance? An examination of Commitment and cultural values", *Human Resource Development Quarterly*, Vol. 20, nº 3, pp. 331-351.

A PESSOA COM DPOC
IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA DO CUIDAR EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Lurdes Gonçalves[1]
Luzia Ramos [1]
Sofia Rocha [1]
Salete Soares[2]

Resumo

A Pessoa com DPOC é portadora de uma doença com impacto na sua independência e autonomia, sendo fonte geradora de sofrimento e impossibilitando-o de desempenhar actividades básicas de vida diária. Por isso, questionámos: ***"Que dificuldades/necessidades tem a pessoa com DPOC no desempenho dos autocuidados tomar banho, vestir-se/despir-se e usar o sanitário?***
Assim, realizámos um estudo sobre ***"A pessoa com DPOC – implicações na prática clínica do cuidar em Enfermagem de Reabilitação"***, de carácter qualitativo, descritivo e exploratório, cuja população-alvo é constituída por seis pessoas com DPOC internadas na ULSAM, EPE. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram: Índice de Barthel, *Mini Mental State Examination*, entrevista semi-estruturada e uma grelha de observação, elaborada por nós. Os dois últimos foram executados em dois momentos, no intervalo dos quais foi aplicado um plano de intervenção de reabilitação respiratória, adequado a cada entrevistado.
Constatámos que os entrevistados apresentavam dificuldades no desempenho dos autocuidados referidos, causadas por elevado gasto de energia. Após aplicação do programa de intervenção foi evidenciado alívio de sintomas e, principalmente, maior autonomia no desempenho dos autocuidados e aceitação da doença.

Palavras-chave: DPOC, autocuidado, actividades de vida diária, enfermeiro de reabilitação, reabilitação respiratória.

Abstract

PERSON WITH DPOC - IMPLICATIONS IN CLINICAL PRACTICE OF NURSING CARE FOR REHABILITATION
Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) has a tremendous impact in patients' independency and autonomy, with personal suffering and a decrease in their ability to daily life activities. Our main motivation in the present study is to evaluate ***what are the difficulties that subjects with COPD have to face to overcome self-care activities, such as bathing, get dress/undress and the use of sanitary.***
To this end, we conducted a study about "Subjects with COPD – implications in clinical practice of nursing care for rehabilitation", with quality, descriptive and exploratory character. Target population was a group of six subjects with COPD hospitalized in ULSAM, EPE. The methods used for data collecting were: Barthel index, Mini Mental State Examination, semi structured interview and a custom made observation scale. The last two methods where executed in two different timings, between which was conducted a respiratory rehabilitation intervention plain suite to each one of the subjects from this study.
We found that subjects had several difficulties in performing the self-care daily activities due do the high dispend of energy. After the application of the intervention program, it was evident the relief of symptoms and above all a greater autonomy in the performance of self-care daily activities and disease acceptance.

Keywords: *CPOD, self-care, daily life activities, rehabilitation nursing, respiratory rehabilitation.*

Rececionado em maio 2010. Aceite em setembro 2012.

[1] Enfermeira Especialista de Reabilitação – ULSAM.EPE. E-mail: lurdesaraujo@gmail.com
[2] Enfermeira Especialista de Reabilitação/ Professora – Adjunta da ESS-IPVC

INTRODUÇÃO

A DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) é uma patologia complexa e muitas vezes difícil de controlar, já que, a deficiência a nível respiratório afecta várias componentes do ser humano impossibilitando-o de desempenhar as mais básicas necessidades de vida diária, sendo também responsável por um impacto físico, psicossocial e até mesmo financeiro para a pessoa portadora desta doença, e todo o seu meio envolvente, nomeadamente a família e a comunidade onde se insere e desenvolve determinados papéis. Neste sentido, torna-se fundamental que haja um cuidar especial na área da saúde, desempenhando a Enfermagem de Reabilitação, uma função essencial na melhoria da qualidade de vida destas pessoas, como foi evidenciado por Godoy & Godoy (2002) ao demonstrarem a eficiência de um programa de reabilitação respiratória aplicado a 46 pessoas com DPOC em fase moderada ou grave.

É objectivo primordial do enfermeiro de reabilitação ajudar estas pessoas a adquirirem autonomia para o desempenho das suas actividades de vida diária e a conseguirem melhorar a sua qualidade de vida. Pamplona e Morais (2007:102) referem que "*a reabilitação respiratória poderá ser importante no tratamento das pessoas cujos sintomas respiratórios estão associados a diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida*", por isso, é importante continuarmos a investigar, pois só desta forma poderemos dar importantes contributos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Faz-se investigação para melhor compreender a realidade, ou seja, para aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno. Por conseguinte, decidimos eleger como percurso de investigação ***"A pessoa com DPOC – implicações na prática clínica do cuidar em Enfermagem de Reabilitação"*** enquanto domínio de acção da Enfermagem de Reabilitação.

A reflexão sobre esta realidade conduziu-nos à questão de partida para este estudo: ***"Que dificuldades/necessidades tem a pessoa com DPOC no desempenho dos auto-cuidados tomar banho, vestir-se ou despir-se e usar o sanitário?"***

Tendo como fio condutor esta questão, para desenvolvermos este estudo traçámos os seguintes objectivos:

– observar dificuldades da pessoa com DPOC no desempenho dos auto-cuidados tomar banho, vestir-se ou despir-se e usar o sanitário;

– identificar as necessidades de aprendizagem da pessoa com DPOC no desempenho dos auto-cuidados tomar banho, vestir-se ou despir-se e usar o sanitário;

– conhecer a percepção da pessoa com DPOC acerca das suas dificuldades no desempenho dos auto-cuidados tomar banho, vestir-se ou despir-se e usar o sanitário;

– conhecer as estratégias utilizadas pela pessoa com DPOC para ultrapassar as dificuldades sentidas no desempenho dos auto-cuidados tomar banho, vestir-se ou despir-se e usar o sanitário;

– planear intervenções do Enfermeiro de Reabilitação perante a pessoa com DPOC no que respeita ao desempenho dos auto-cuidados tomar banho, vestir-se ou despir-se e usar o sanitário;

– conhecer os resultados obtidos após a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com DPOC;

– conhecer a percepção da pessoa com DPOC sobre a importância da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.

Este estudo pretende ser um contributo, embora com as limitações inerentes ao próprio, para a evidência dos ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, com consequente melhoria da autonomia na realização dos autocuidados e da qualidade de vida das pessoas com DPOC.

A PESSOA COM DPOC E A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A DPOC é uma patologia que pelas suas características, é causa de uma elevada taxa de morbilidade crónica, perda de qualidade de vida e mortalidade. É ainda, causa de elevada afluência a consultas médicas e aos Serviços de Urgência, bem como de repetidos e longos internamentos, para além de um grande consumo de terapêutica, oxigenoterapia domiciliária de longa duração e de

actos de reabilitação. (Bárbara *et al*, 2004)

Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, no nosso país, a DPOC afecta 10% da população com mais de 40 anos e ocupa o 6º lugar no *ranking* das causas de morte mais comuns. Esta patologia tem um longo percurso assintomático que pode ir até 30 anos, surgindo a sintomatologia num estádio mais avançado, altura em que a pessoa portadora procura ajuda médica. (*Ibidem*)

Uma vez que a DPOC compromete a qualidade de vida das pessoas, nomeadamente nos autocuidados, torna-se imperioso tomar medidas que possam atenuar os seus efeitos, tal como, recorrer à reabilitação respiratória, pois esta *"melhora a sobrevida do paciente, aumentando a capacidade de ventilação/perfusão, reeducando postura e músculos inspiratórios e expiratórios e dando maior independência ao paciente."* (Vasconcelos *et al*, 2005:1) O autocuidado tem, na prática de enfermagem de reabilitação, um conceito amplo que Orem define como "*a prática de actividades que o indivíduo inicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar."* (Theuerkauf *in* Hoeman, 2000:174). Segundo a classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) o autocuidado é *"uma actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária"* (CIPE versão 1, 2005:46) que engloba diferentes autocuidados. No nosso estudo vamos apenas abordar as dificuldades e necessidades dos doentes com DPOC no desempenho dos autocuidados tomar banho, vestir-se ou despir-se e usar o sanitário, uma vez que para além de serem actividades de vida diária fundamentais da subsistência humana, a perda de autonomia na sua realização foi identificada como geradora de alterações na qualidade de vida dos nossos entrevistados.

As doenças do foro respiratório, nomeadamente a DPOC *"representam situações complexas e difíceis para a equipa de reabilitação"*, uma vez que, a deficiência a nível respiratório pode ter um impacto físico, psicossocial e financeiro na pessoa com DPOC, sua família e na sociedade em que está inserido. (Larson, Johnson e Angst *in* Hoeman, 2000:393). Para o utente, os principais problemas com que se depara são a dificuldade respiratória, a tosse produtiva, a fadiga e a intolerância ao exercício e às actividades de vida diária (*Ibidem*). Perante este cenário, na enfermagem de reabilitação respiratória, o enfermeiro deve estabelecer um programa educacional, centrado na holística da pessoa, de modo a ensiná-la a utilizar técnicas adaptativas para conservar a energia, viabilizando a execução de um programa de treino (Velloso e Jardim, 2006).

A reabilitação respiratória é fundamental não só para ajudar a eliminar a maior quantidade possível de secreções, diminuindo a sintomatologia, mas também para que o doente adquira um maior fortalecimento físico e de readaptação ao esforço, diminuindo as suas limitações e a incapacidade, melhorando a sua qualidade de vida. O programa nacional de prevenção e controlo da DPOC defende que sejam *"criadas condições de alargamento da acessibilidade do doente com DPOC a cuidados de reabilitação"* (Bárbara *et al,* 2004:12) e a DGS reconhecendo esta importância cria uma circular (Circular Informativa nº 40ª/DSPCD de 27/10/2009) relativamente a Orientações Técnicas sobre Reabilitação na DPOC.

Autores como Bach (*in* O'young, Young e Stiens, 2000) e Harris (Bott e Singh *in* Pryor e Webber, 2002) definem vários objectivos para a reabilitação respiratória e, embora com traços diferentes, ambos têm um único fim: o de cuidar e ensinar a pessoa com DPOC a atingir a sua autonomia e independência de modo a sentir-se integrado na sua sociedade e obter qualidade de vida. Também nós comungamos da opinião de ambos, pelo que procurámos atender a estes princípios para atingir os objectivos do nosso trabalho.

O enfermeiro de reabilitação deve utilizar técnicas que maximizem a capacidade funcional da pessoa com DPOC, pois a dispneia irá levar à suspensão ou redução de muitas das actividades que se desenvolvem no quotidiano, todavia, se apostar na realização de exercícios de tonificação e na coordenação da respiração à medida que se vão realizando as tarefas diárias, poderá aumentar os níveis de funcionamento. Segundo Larson, Johnson

e Angst, as pessoas com DPOC que utilizam técnicas de conservação de energia *"aumentam a sua capacidade funcional ao realizarem as actividades mais lentamente, usando os grupos musculares e a dinâmica corporal adequados e alternando períodos de trabalho com períodos de repouso."* (*in* Hoeman, 2000:409) O enfermeiro de reabilitação deve ajudar a pessoa com DPOC a identificar as actividades que lhe suscitam mais dificuldades e, a partir de então, treinar os grupos musculares envolvidos, de forma a aumentar a força, a coordenação e a *endurance* pulmonar.

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com a temática em estudo, optámos por enveredar por um método qualitativo, do tipo descritivo, uma vez que procura caracterizar o fenómeno pelo qual o grupo se interessou (Fortin, 1999) e do tipo exploratório, por este ser flexível e nos levar numa jornada de descoberta e interpretação do objecto em estudo, permitindo assim *"analisar, com vista a uma maior compreensão, as situações de cuidados caracterizados pela interacção dos profissionais de cuidados e dos beneficiários dos cuidados."* (Hesbeen, 2000: 156)

População-Alvo

A população-alvo do nosso estudo constituiu-se por seis pessoas com DPOC que foram internadas em dois dos serviços de medicina da ULSAM – EPE, entre Janeiro e Abril de 2009. Os entrevistados são maioritariamente do sexo masculino (5) e apenas 1 é do sexo feminino, com média de idade superior a 65 anos, apresentando baixo nível de escolaridade (até 4 anos), com excepção de um entrevistado que é detentor de uma licenciatura.

Apresentavam uma escala de Barthel entre 10-20, portanto doentes semi-dependentes ou independentes para as actividades de vida diária, pois são estes os que necessitam de readaptação ao esforço no que respeita aos autocuidados; e um resultado do *Mini Mental State Examination* entre 23-30, já que uma pontuação igual ou inferior a 23 é indicadora de disfunção cognitiva, alterações estas que os doentes com DPOC podem apresentar como consequência da hipoxia cerebral, o que poderia dificultar a realização deste estudo.

Instrumentos de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada com recurso aos seguintes instrumentos: Índice de Barthel, *Mini Mental State Examination*, Entrevista semi-estruturada e Grelha de Observação, sendo os dois últimos elaborados por nós. Estes instrumentos foram aplicados às pessoas que fazem parte do estudo, num 1º momento que tinha como limite quarenta e oito horas após a sua admissão. Num 2º momento e que correspondia ao momento da alta, foram novamente aplicadas a Entrevista semi-estrutura e a Grelha de Observação. Neste intervalo de tempo e em função dos resultados do primeiro momento, foi elaborado e aplicado um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação junto de cada participante. As entrevistas efectuadas foram submetidas a análise de conteúdo, através da qual emergiram áreas temáticas e respectivas categorias e subcategorias.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Face aos objectivos inicialmente formulados para este trabalho de investigação e tendo em conta as perspectivas teóricas apresentadas, realizar as AVD's de forma eficaz tornou-se imperioso para os doentes com DPOC, já que no seu dia-a-dia se deparam com limitações físicas e psicológicas em consequência da patologia.

Os principais objectivos da pessoa com DPOC são conseguir diminuir a dificuldade respiratória, recuperar e manter a ventilação eficaz, reduzir a ansiedade e aumentar os níveis de actividade pois só assim poderá melhorar a qualidade de vida. (Larson, Johson e Angst *in* Hoeman, 2000). De facto, a pessoa portadora de DPOC encontra-se perante uma situação em que a cura não é uma finalidade atingível, pelo que se vê confrontada com uma necessidade constante de aprender a viver, diariamente, com as limitações que esta doença impõe.

Assim, iremos apresentar os resultados mais pertinentes encontrados neste estudo com implica-

ções na maximização da autonomia e qualidade de vida dos nossos entrevistados e que nos orientam para a prática clínica do cuidar em enfermagem de reabilitação da pessoa com DPOC.

Dificuldades para desenvolver as actividades de vida devido à DPOC

Este estudo permitiu verificar que a maioria dos entrevistados refere as limitações físicas (falta de ar) como a principal dificuldade para a execução das AVD's, sendo este dado concordante com o descrito na literatura, que refere que as pessoas portadoras de DPOC têm mais dificuldade respiratória quando fazem esforços, como na realização dos autocuidados. As limitações psicológicas (nervosismo e auto-estima diminuída) são também referidas por um dos entrevistados, estando manifestamente associadas à intensa dispneia, queixa mais comum destas pessoas, que interfere na realização dos autocuidados. A depressão pode surgir como resposta psicológica da pessoa, à medida que se confronta com as limitações impostas pela doença, no desempenho das suas actividades de vida. (Godoy e Godoy, 2002) A maioria das vezes, com o medo de desencadear aumento de intensidade da dispneia, evitam o esforço físico, por mais ligeiro que seja, tal como refere um dos nossos entrevistados quando afirma, relativamente a este facto *"já não tinha vontade de fazer nada."* (E2) Também na opinião de Godoy e Godoy (2002), pode ainda ocorrer, com o evoluir da doença, o sentimento de incapacidade, que contribui para a diminuição da auto-estima destas pessoas.

É certo também, que se a pessoa seguir rigorosamente estilos de vida saudáveis, pode viver melhor com a doença e não sentir dificuldades no desempenho das suas actividades diárias, como é referido por um dos entrevistados, que para lutar contra a doença pratica yoga, actividade física fundamental para o fortalecimento físico e de readaptação ao esforço através do controle de respiração, melhorando a qualidade de vida.

Autocuidados geradores de dificuldades

As dificuldades respiratórias das pessoas com DPOC surgem normalmente quando fazem esforços, como no desempenho dos autocuidados. Segundo os relatos dos nossos entrevistados, o tomar banho, vestir-se ou despir-se e usar o sanitário, são aqueles que mais dificuldades geram. Isto está de acordo com a observação efectuada no primeiro contacto com os doentes, em que realmente verificámos serem estes os autocuidados mais difíceis de executar, necessitando até de pedirem ajuda para os realizar, como é o caso da nossa entrevistada E2. Estes testemunhos vão de encontro aos estudos efectuados por Velloso e Jardim (2006) onde as pessoas referiram, que as maiores dificuldades na realização das AVD´s, surgem em maior grau quando envolvem os membros superiores em detrimento dos membros inferiores. Por outro lado, uma vez que o movimento e a actividade física são inerentes ao ser humano, limitações nos movimentos simples, como deslocar-se ao sanitário, podem por si só, ser extremamente angustiantes. (Kerkoski *et al*, 2007)

Dificuldades no desempenho do autocuidado: tomar banho.

Todos os inquiridos referiram que a falta de ar é a causa das maiores dificuldades no desempenho deste autocuidado, quer seja ao lavar as costas, ao baixar-se, na demora da execução da actividade ou pela temperatura da água. Verifica-se portanto, que a dispneia é desencadeada por movimentos ou por qualquer tipo de exercício que implique um maior gasto energético. Tal como afirma Carvalho (2007:9), a dispneia pode ser considerada como "*responsável pelo pior prognóstico, a maior incapacidade e a maior perda funcional ao longo do tempo (...).* "

Em relação à alteração do equilíbrio, poderá estar associada ao facto de que, com o aumento do trabalho respiratório desencadeado pela actividade ou movimentação, também há aumento da fadiga, da astenia e da hipoxémia a que estas pessoas estão sujeitas, podendo provocar o desequilíbrio.

Comparando os discursos com a observação feita, podemos relacionar a dispneia, não só com a actividade e com o movimento, mas também com o facto de que, na sua maioria, estas pessoas não adoptam posições de descanso, tomando banho em pé e não controlando correctamente a respiração com as actividades de maior esforço,

implicando um maior gasto energético. Verificámos também que, apesar do acto de baixar-se lhes provocar um agravamento da dispneia, apenas um deles solicitava ajuda para desempenhar este autocuidado (E2). Observou-se também que a maioria dos entrevistados adoptava uma respiração com lábios franzidos. Segundo a opinião de Larson, as pessoas utilizam este tipo de respiração, de forma inconsciente, "*para obter algum controlo sobre os padrões respiratórios*." (*in* Hoeman, 2000:408)

Dificuldades no desempenho do autocuidado: vestir-se/despir-se

Vestir e despir a região inferior do corpo, é claramente a maior dificuldade manifestada por estas pessoas para o desempenho deste autocuidado. Também aqui se verifica, que os portadores de DPOC, têm maiores dificuldades quando executam actividades que envolvem os membros superiores e durante a flexão do tronco, desenvolvendo um padrão respiratório desadequado, como o observado na maioria dos entrevistados, já que utilizavam uma respiração superficial, torácica ou mista. Mais uma vez, estes resultados vão de encontro aos estudos efectuados por Velloso e Jardim (2006).

Também foi evidente que, na sua maioria, não adoptavam posições de descanso, vestiam-se ou despiam-se em pé, o que gera o aumento de dificuldades na realização deste autocuidado. Por outro lado, também pudemos verificar que apenas um entrevistado pedia ajuda para este autocuidado, no primeiro contacto que tivemos com o mesmo. Reflectir-se-á esta situação num ajuste à sua condição de vida?

Dificuldades no desempenho do autocuidado usar o sanitário

O contacto frequente com Pessoas com DPOC possibilitou-nos observar que a grande maioria, apresenta dificuldades no desempenho do autocuidado usar o sanitário, pelo cansaço que esta actividade pressupõe, principalmente quando o percurso até à casa de banho é longo. Esta situação conduz a uma maior dependência de outros, para poderem desempenhar este autocuidado. É uma realidade com que estes doentes se deparam no seu dia-a-dia, e que reflectiram nas entrevistas realizadas, sendo as principais dificuldades sentidas o cansaço, a necessidade de percorrer percurso longo e a dependência de outros. De facto, e de acordo com Neto e Amaral (2003) estima-se que 50% destas pessoas sofram de limitações nas suas actividades como consequência de deficits respiratórios, revelando maior dificuldade respiratória quando fazem esforços.

A verdade é que observámos que cinco dos entrevistados utilizavam marcha lenta para se deslocarem à casa de banho, no entanto, um apresentava marcha apressada. A maioria não adoptava posições de descanso, apenas dois dos entrevistados o faziam e um necessitava de pedir ajuda para se deslocar até à casa de banho. Estes dados remetem-nos para a identificação de necessidades de educação sobre técnicas de conservação de energia no sentido de aumentarem "*a sua capacidade funcional ao realizarem as actividades mais lentamente, usando os grupos musculares e a dinâmica corporal adequados e alternando períodos de trabalho com períodos de repouso"*. (Larson, Johnson e Angst *in* Hoeman, 2000: 409)

Estratégias utilizadas para ultrapassar as dificuldades no desempenho do autocuidado tomar banho

A utilização de medidas adaptativas e a ajuda de outros para o desempenho do autocuidado foram as estratégias mencionadas pelos nossos entrevistados para o autocuidado tomar banho, de forma a ultrapassarem as dificuldades sentidas. Dessas medidas adaptativas destacam-se as posições de descanso, a técnica de controlo respiratório e o tempo de realização do autocuidado. No entanto, apesar de referirem que utilizavam estas estratégias para ultrapassar as dificuldades, o que se observou é que todos eles tomavam banho em pé, não utilizavam uma respiração controlada com os esforços e poucos adoptavam posições de descanso. Curiosamente, no que respeita a estas últimas, foram expostas por quatro dos entrevistados e, na prática, só um deles as utilizava (E2).

No que respeita à ajuda de outros, apenas um inquirido a referiu como estratégia adoptada, pois contava não ser capaz de realizar este autocuidado

de forma autónoma (E3). No entanto, na observação realizada no 1º momento verificamos que a pessoa em questão não requeria ajuda. Poderá isto dever-se ao facto de se encontrar hospitalizado e não se sentir à vontade com os profissionais do serviço, de forma a pedir auxílio? Em contrapartida, outro dos entrevistados (E2) solicitava ajuda para este autocuidado, mas não o evidenciou como um recurso estratégico na entrevista efectuada. Será que depender de outros era um constrangimento para esta investigada? Num dos seus testemunhos é visível este embaraço, quando diz que *"não sei como vai ser daqui a uns dias, mas espero conseguir (...) sozinha."* (E2)

Ainda neste contexto, há um entrevistado que refere não utilizar estratégias porque não tem conhecimento das mesmas, embora manifeste vontade de aprender, denotando-se isso no seu discurso, quando expõe que *"(...) se existe alguma coisa para fazer, isso é que eu gostava de saber (...)."* É pois deveras importante que o doente com DPOC tenha acesso a um programa de reabilitação respiratória, para que, e conforme a opinião de Galvez *et al* (2006) apresente mudanças psicológicas positivas, aperfeiçoe as suas habilidades funcionais e consequentemente melhore a sua qualidade de vida.

Estratégias utilizadas para ultrapassar as dificuldades no desempenho do autocuidado vestir-se/despir-se

O autocuidado vestir-se/despir-se é diariamente efectuado pelos entrevistados deste estudo. Uns desempenham-no com mais dificuldade que outros e, através da análise das entrevistas, verificámos que, na maioria das vezes, adoptam medidas adaptativas para realizarem esta actividade. De entre essas estratégias podemos distinguir as posições de descanso, a utilização de roupa adequada, o tempo disponibilizado para a sua realização e as pausas para descanso. No entanto, no primeiro contacto que tivemos com os doentes, observámos a existência de dissonância entre o relatado e o observado, pois vestiam-se todos em pé, excepto um que se vestia sentado, e nenhum adoptava posições de descanso. Em contrapartida, todos utilizavam roupa e sapatos confortáveis.

Um dos inquiridos referiu, na entrevista, que precisava de pedir ajuda para desempenhar este autocuidado (E6), nomeadamente, a ajuda da esposa, todavia, o que observámos no internamento é que não o fazia. Observámos ainda que um entrevistado solicitava ajuda (E2), mas não manifestou tal facto durante a entrevista. Também aqui, tal como no autocuidado tomar banho, existem algumas incongruências entre o observado e o relatado durante as entrevistas.

Estratégias utilizadas para ultrapassar as dificuldades no desempenho do autocuidado usar o sanitário

O desempenho do autocuidado usar sanitário também se revelou como uma das dificuldades referidas pelos entrevistados, os quais testemunharam que utilizavam como medidas adaptativas algumas posições de descanso, a utilização de equipamento adaptativo e o tempo de realização do autocuidado. Foram quatro os entrevistados que referiram utilizarem como estratégia as posições de descanso, todavia, o que observámos foi que apenas dois as utilizavam. Será que este facto pode ser explicado pela distância da casa de banho? Esta questão surge-nos pela razão de que, no internamento, a distância até ao sanitário é curta, enquanto, no seu ambiente domiciliar, as distâncias podem variar, podendo até, por vezes, existir escadas durante o percurso, o que implica um maior gasto de energia. Sendo assim, os doentes, no seu domicílio, sentem necessidade de parar a meio do caminho quando se deslocam ao sanitário. É pois deveras importante que estes doentes sejam capazes de se readaptar ao esforço, para que possam responder da forma mais adequada às suas necessidades individuais.

Mudanças/facilidades na realização dos autocuidados

A reabilitação deve ser precoce no que tange à prevenção de incapacidades e à promoção da saúde, pelo que a reabilitação respiratória, segundo Fishmann (1994), deve ter o *"propósito de alcançar e manter o máximo nível de independência e funcionalidade do indivíduo na comunidade."* (cit. por Bott e Singh *in* Pryor e Webber, 2002:264)

Todos os entrevistados responderam terem existido mudanças/facilidades na realização dos autocuidados tomar banho, vestir-se ou despir-se e usar o sanitário, após o período de intervenção do enfermeiro de reabilitação face ao programa estabelecido em função da 1ª avaliação. Esta unanimidade de respostas está mais uma vez concordante com a opinião de Fishmann citada anteriormente, até porque a maioria dos inquiridos relata que houve mudanças positivas, no sentido em que agora realizam os autocuidados referidos de forma mais autónoma.

De facto, e segundo a opinião de Harris (cit. por Bott e Singh *in* Pryor e Webber, 2002), um dos objectivos principais da reabilitação respiratória é a maximização da independência funcional do indivíduo nas suas actividades de vida diária e a minimização da dependência de outros, objectivo este que conseguimos atingir com a realização dos ensinos/treinos efectuados e que se manifestou nas respostas obtidas pelos entrevistados.

Para além dos resultados adquiridos nas entrevistas, também pudemos verificar a existência de mudanças através das observações que efectuámos.

Afinal, se existem mudanças positivas com a intervenção do enfermeiro de reabilitação junto destes doentes, porque é que não existem programas hospitalares de reabilitação pulmonar durante o internamento, como defendem Velloso e Jardim (2006)? Porque não apostar no enfermeiro de reabilitação, já que este desempenha um papel fundamental na reabilitação da pessoa com DPOC?

Ensinos mais importantes realizados pelo enfermeiro de reabilitação para um melhor desempenho do autocuidado tomar banho

O programa educativo aos doentes portadores de DPOC é uma componente fundamental da reabilitação pulmonar, proporcionando orientações básicas aos utentes.

Desta forma, e no que respeita ao autocuidado tomar banho, o ensino de medidas adaptativas pelo enfermeiro de reabilitação, como as posições de descanso, o controlo da respiração, a temperatura da água e acessibilidade ao material foram aspectos importantes que os nossos entrevistados referiram como um contributo importante para um melhor desempenho deste autocuidado.

De facto, é importante realçar que todos os entrevistados que referiram as posições de descanso como um ensino muito importante, passaram a integrar o adquirido na execução dos autocuidados, tal como confirmámos com a observação que fizemos no momento da alta clínica. Destes, só um (E2) é que já as utilizava anteriormente, mas provavelmente inconscientemente, porque reforça a ideia de ter sido uma instrução pertinente.

No que respeita à técnica de controlo da respiração durante o esforço, embora só quatro inquiridos tenham relatado esta medida adaptativa como um ensino importante, o que é certo é que, no momento da 1ª observação, apenas um entrevistado tinha conhecimento da importância da mesma e a executava sem dificuldade, e na 2ª observação (momento da alta), todos passaram a executar a técnica de controlar a respiração durante o esforço. Os próprios entrevistados disseram que este ensino foi muito positivo, pois constatavam diminuição do cansaço ao realizar este autocuidado. Também Velloso e Jardim (2006:583) são desta opinião quando afirmam que *"a utilização das técnicas de conservação de energia (...) para a realização das AVD demonstraram ser eficientes para reduzir a sensação de dispneia, o consumo de oxigénio, a produção de dióxido de carbono e a frequência cardíaca dos pacientes com DPOC"*, o que vai permitir uma melhora no desempenho das suas actividades de vida diárias.

Para além do controlo da respiração, o ensino sobre a temperatura adequada da água para o banho e sobre a importância de preparar todo o material necessário antes de iniciar este autocuidado foram outras técnicas de conservação de energia que os doentes entrevistados referiram como sendo muito necessárias para uma melhor execução do mesmo.

O ensino sobre a pertinência de pedir ajuda de outros para o autocuidado tomar banho, também foi exposto por dois dos inquiridos (E1 e E2), mas na observação efectuada apenas um deles solicitou a ajuda de outros. Sabendo que pedir ajuda significa dependência, este pode ser um aspecto que

justifique a não aceitação a este recurso facilitador de poupança de energia.

Ensinos mais importantes realizados pelo enfermeiro de reabilitação para um melhor desempenho do autocuidad vestir-se/despir-se

No autocuidado vestir-se ou despir-se a medida adaptativa que os entrevistados expuseram com maior relevância foi novamente o ensino sobre controlo da respiração (referido por cinco – porque um já utilizava esta técnica). Esta situação provavelmente deve-se ao facto de que, como já citado anteriormente, a falta de ar limita a realização de certas actividades dos doentes com DPOC, pelo que a aprendizagem desta técnica é fundamental para aumentar a capacidade dos mesmos em realizar as actividades de vida diária e diminuir, assim, a sensação de falta de ar.

As posições de descanso também foram relatadas por dois inquiridos (E1 e E6) como um ensino fulcral para um melhor desempenho deste autocuidado, mas o que se constou na observação do momento da alta clínica é que, mesmo assim, nenhum deles utilizava as mesmas na execução desta actividade de vida. Será que o não adoptar posições de descanso neste autocuidado se deve à melhoria da sua condição de saúde?

A utilização de roupa e calçado confortável também foi um dos ensinos considerado importante por três dos entrevistados (E1, E2 e E6), embora o que se observou é que todos utilizavam roupa e sapatos confortáveis. Esta coincidência pode ser devida ao facto de se encontrarem hospitalizados e apenas vestirem roupa como pijama ou camisa de dormir e calçarem chinelos. No entanto, mesmo apesar de ser roupa de dormir, era larga e confortável e o calçado era largo e fácil de calçar.

Ensinos mais importantes realizados pelo enfermeiro de reabilitação para um melhor desempenho do autocuidad usar o sanitário

Também neste autocuidado, a instrução de medidas adaptativas como as pausas para descanso, o tempo a disponibilizar para a realização da actividade e o controlo da respiração foram os ensinos considerados mais importantes pelos nossos entrevistados. No que respeita às pausas para descanso, foram referidas por cinco dos inquiridos mas, curiosamente, apenas quatro destes as faziam no momento em que foram observados, o que leva a pensar que, embora o utente tenha achado este ensino muito importante, no momento da alta, não o fazia, provavelmente porque se encontrava melhor da função respiratória. Quanto ao tempo para a realização da actividade, também foi referido por cinco dos inquiridos e o que é certo é que, no momento da alta clínica, quatro destes utilizavam uma marcha lenta para se deslocarem ao sanitário. É deveras interessante salientar que o entrevistado que refere as pausas para descanso e o tempo de realização da actividade como instruções relevantes e depois não faz as pausas e utiliza uma marcha apressada quando vai à casa de banho, é o mesmo (E1). No que concerne ao controlo da respiração, apenas dois enunciam como um aspecto pertinente ensinado pelo enfermeiro de reabilitação. Isto vai de encontro ao que Bethune, Potter e Mckenzie defendem quando afirmam que *"o controle da respiração é também usado para melhorar a tolerância ao exercício em pacientes dispnéicos (...) é uma parte integral do ciclo activo das técnicas respiratórias (...)."* (*in* Pryor e Webber, 2002:98)

A categoria ajuda de outros foi referida por um dos entrevistados, mas, na observação que fizemos no momento da alta, nenhum destes solicitou ajuda para realizar este autocuidado, talvez pelas razões apontadas anteriormente, relacionadas com a melhoria do seu estado de saúde.

Importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação na aquisição de estratégias adaptativas para o desempenho dos autocuidados

Como já referimos anteriormente, o processo de reabilitação é longo e árduo, envolvendo, segundo Mancussi e Faro (2006:129), "*componentes atitudinais, psicossócio-espirituais, económicos e políticos"*, e por isso, é um desafio constante, quer para o utente, quer para o enfermeiro. Deste modo, é um processo de desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para que o utente possa viver com dependência mínima e sentir-se um ser humano activo e produtivo. Foi com este propósito que intervimos junto destes doentes com DPOC e que os levou a todos a afirmar, que uma das principais vantagens da nos-

sa interferência junto deles, foi o alívio de sintomas, como a dispneia, pois tal como refere um dos inquiridos: *"estas técnicas ajudam-me a aliviar o sintoma que mais me incomoda na doença, que é a falta de ar (...)."* (E4). De facto, segundo Bott e Singh, o programa de reabilitação respiratória tem como um dos principais benefícios, a diminuição da dificuldade respiratória e outros sintomas associados à DPOC, o que se veio a atingir com estes utentes portadores desta patologia. (*in* Pryor e Webber, 2002:265)

Outro benefício a que estes doentes deram relevo foi o da autonomia nos autocuidados, em que cinco dos entrevistados referiram que, com a intervenção do enfermeiro de reabilitação, passaram a realizar os autocuidados sozinhos, ou os que ainda os executavam sem ajuda, salientaram o facto de poderem continuar a ser autónomos nestas actividades de vida diárias. Bach (*in* O'young, Young e Stiens, 2000:254) partilha desta opinião quando diz que um dos principais objectivos da reabilitação respiratória é *"devolver o utente a uma vida mais activa, produtiva e emocionalmente satisfatória."*. Por outro lado, Harris (*in* Pryor e Webber, 2002:265) comunga também desta opinião, quando refere que um dos objectivos fundamentais da reabilitação respiratória é o de maximizar a independência funcional da pessoa no desempenho das suas actividades de vida diária e minimizar a dependência de outras pessoas ou serviços comunitários. De facto, a reabilitação respiratória é fundamental não só para ajudar a eliminar a maior quantidade possível de secreções, diminuindo a sintomatologia, mas também para que o doente adquira um maior fortalecimento físico e de readaptação ao esforço, diminuindo as suas limitações e a incapacidade, melhorando a sua qualidade de vida.

Por último, outra grande categoria que surgiu foi a aceitação da doença, onde a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação, foi percepcionada e manifestada por cinco dos entrevistados, como tendo permitido a aprendizagem de recursos que permitem minimizar efeitos da doença, pelo que estão convictos que todo este aprendizado vai ajudá-los a viver melhor com a doença que os acompanhará até ao fim dos dias. Sendo a reabilitação respiratória *"uma terapia holística, complexa e multidisciplinar"* muito favorável no tratamento da pessoa com DPOC, (Bott e Singh *in* Pryor e Webber, 2002:264) ela deve integrar tanto a terapia física como a terapia emocional. Bach (*in* O'young, Young e Stiens, 2000) abraça esta opinião quando assume que um dos principais objectivos da reabilitação respiratória é ensinar o utente a enfrentar com realismo a sua doença, no sentido de o preparar para assumir a responsabilidade da sua reabilitação e do seu bem-estar.

Verificámos portanto que, apesar da nossa intervenção, como enfermeiras de reabilitação, ter sido de curta duração, enfrentando as dificuldades e os constrangimentos inerentes a um estudo desta índole, conseguimos obter estes resultados, traduzidos em vantagens com significado na melhoria da qualidade de vida da pessoa, tal como percepcionado pelos próprios. Consideramos que um programa adaptado e continuado permite maximizar a qualidade de vida destas pessoas.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu-nos dar resposta à nossa questão de partida, pois verificou-se que os doentes com DPOC que participaram nesta investigação, revelaram várias dificuldades no desempenho dos autocuidados tomar banho, vestir-se/despir-se e usar o sanitário. Estas dificuldades sentidas pelos entrevistados foram também confirmadas, na sua generalidade, pela observação que efectuámos durante a prestação desses autocuidados. De facto, estas prendiam-se, na sua maioria, com o desempenho das actividades de vida diária que exigiam um gasto acrescido de energia, diminuindo o oxigénio no organismo que, pelas características da doença, não é reposto pela limitação ventilatória.

Concluímos, também, que estas pessoas careciam de várias necessidades, nomeadamente, no controlo eficaz da respiração e na adopção de estratégias que lhes permitissem realizar as suas AVD's com menor gasto energético e máxima autonomia. De facto, os entrevistados utilizavam algumas estratégias para ultrapassarem as dificuldades sentidas na realização dos autocuidados mas, muitas das vezes,

inconscientemente, o que se verificou quer pelos relatos, quer pela observação efectuada. Perante os obstáculos referidos e observados, elaborámos um programa de intervenção individualizado que permitisse a estas pessoas desempenharem os autocuidados mencionados com menor gasto de energia e com controlo eficaz da respiração.

Evidenciou-se ainda que, após a nossa intervenção, todos os entrevistados consideraram a existência de mudanças/facilidades na realização destas AVD's, não só pela melhoria no controlo da respiração durante o esforço, mas também pela adopção de estratégias que lhes permitissem executar estes autocuidados, conservando energia.

Salientou-se ainda o facto da nossa intervenção, como enfermeiras de reabilitação, se ter tornado uma mais-valia para estas pessoas, uma vez que foi notável o alívio de sintomas e, acima de tudo, uma maior autonomia nos autocuidados e aceitação da doença.

Estes resultados levam-nos a lançar o desafio para a realização de estudos mais aprofundados com produção de indicadores, que traduzam ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória. Mais ainda, se com a nossa intervenção conseguimos obter estes resultados, que ganhos se obteriam se estas pessoas usufruíssem de uma unidade hospitalar vocacionada para a reabilitação pulmonar, com profissionais qualificados, com programas de reabilitação intensivos e adaptados a cada pessoa? Porque não apostar no enfermeiro de reabilitação, já que com este estudo foi possível demonstrar que este desempenha um papel fundamental na reabilitação da pessoa com DPOC?

BIBLIOGRAFIA

BÁRBARA, C. *et al* - *Programa Nacional de prevenção de controle da DPOC Documento elaborado para a DGS* [Em linha]. [s.l.]: Direcção Geral da Saúde, 2004, actual. [Consult. 2 de Novembro]. Disponível na WWW: <URL: http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006907.pdf

CARVALHO, Neide S.S. – Depressão e ansiedade em pacientes com asma e doença pulmonar obstructiva crónica. *"Jornal Brasileiro de Pneumologia"*. S. Paulo. (2007), 69p.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Versão 1. Genebra, 2005. 172 p. ISBN 92-95040-36-8.

FORTIN, Marie Fabienne – *O processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. 387p. ISBN 972-8383-10-X.

GALVEZ, D. S. *et al* – Avaliação do aprendizado de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica em um programa de reabilitação pulmonar. *"Revista brasileira de Fisioterapia"*. São Paulo. Vol. 11, n.º4 (Jul.-Ago. 2007), p. 311-317, ISSN 1413-3555.

GODOY, Dagoberto V.; GODOY, Rossane F. – Redução dos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com DPOC participantes de um programa de Reabilitação Pulmonar. *"Jornal Brasileiro de Pneumologia*". São Paulo. Vol.28, n.º3 (Mai. – Jun. 2002), p. 120-124, ISSN: 0102-3586.

HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.* Loures: Lusociência, 2000. 201 p. ISBN 972-8383-11-8.

KERKOSKI, Edilaine *et al* – Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica: sentimentos e expectativas. *"Texto Contexto Enferm"*. Florianópolis. Vol. 16, n.º2 (2007), p. 225-232. ISSN 0104-0707.

MANCUSSI e FARO, Ana Cristina – Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes. *"Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo"*. São Paulo. (2006), p. 128-133.

NETO, João E.C.M.; AMARAL, Ridailda O. – Reabilitação pulmonar e qualidade de vida em pacientes com DPOC. *"Lato&Sensu"*. Belém. Vol. 4, n.º 1 (Out. 2003), p. 1-4.

O'YOUNG, B..; YOUNG, M.A.; STIENS, S. A. – *Segredos em Medicina Física e de Reabilitação: Respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 709 p. ISBN 85-7307-542-2.

PAMPLONA, Paula; MORAIS, Luísa (2007) - Treino de exercícios na doença pulmonar crónica – *"Revista Portuguesa de Pneumologia"*. Lisboa. Vol. XIII, Nº1 (Jan. - Fev.) p.101-128.

PRYOR, Jennifer; WEBBER, Barbara – *Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 357p.

VASCONCELOS *et al – A Actuação da Fisioterapia na doença pulmonar obstructiva crónica.* [Em linha]. Brasil: FisioWeb, 2005, actual. [Consult. 7 de Out. 2008]. Disponível na WWW:<URL:

http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/respiratoria/atuacao_dpoc.htm

VELLOSO, M.; JARDIM, J.R – Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crónica e técnicas de conservação de energia. *"Jornal Brasileiro de Pneumologia"*. São Paulo. (Mar. 2006), p. 580-586.

NECESSIDADES DO FAMILIAR/CUIDADOR DO DOENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO

Filipe Lima [1]

Resumo

O presente estudo teve como objectivos analisar os resultados da tradução/adaptação cultural do Inventário das Necessidades da Família, estudar as suas características psicométricas e identificar as necessidades do familiar/cuidador do doente oncológico paliativo.
O instrumento original, denominado Family Inventory of Needs Scale (FIN) foi desenvolvido por Kristjanson e seus colaboradores com objectivo de identificar/ quantificar a importância atribuída às necessidades da família e de averiguar a sua satisfação/ cumprimento.
Após a sua tradução e adaptação foi realizado um pré-teste, a 10 familiares/cuidadores, que teve como finalidade a avaliação da clareza, da compreensão e da pertinência das questões. Posteriormente foi aplicado a uma amostra de 60 familiares/cuidadores de doentes oncológicos internados em unidades de cuidados paliativos portuguesas.
O Family Inventory of Needs Scale é um instrumento de medida apropriado para a avaliação das necessidades de formação/informação nos familiares/cuidadores, está adaptado ao problema que pretende analisar, é válido, fiável, bem aceite pelos respondentes e apresenta boas características psicométricas. A sua utilização na prática clínica reflecte-se na identificação das necessidades e sua satisfação por parte das equipas de saúde, com vista à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Palavras-chave: Familiar/cuidador, necessidades, FIN, cuidados paliativos

Abstract

NEEDS OF FAMILY/CAREGIVER OF ONCOLOGIC PALLIATIVE PATIENT.
This study aims to analyze the results of translation and cultural adaptation of the Family Inventory of Needs Scale, to study its psychometric characteristics and identify the needs of the family / caregiver of cancer patient palliative.
The original instrument, Family Inventory of Needs Scale (FIN), was developed by Kristjanson and colleagues with the aim of identifying and quantifying the importance attached to family needs and to ascertain their satisfaction / fulfillment.
After its translation and adaptation was performed a pretest, with 10 family caregivers, which was aimed at assessing the clarity of understanding, relevance of the questions and the average time for completing the questionnaire. He was later applied to a sample of 60 family caregivers of cancer patients admitted to palliative care units in Portugal.
The Family Inventory of Needs Scale is a measurement tool appropriate for the evaluation of training needs / information in the Caregivers, is adapted to the problem it seeks to analyze, is valid, reliable, well accepted by respondents and has good psychometric properties. Their use in clinical practice is reflected in the identification of needs and their satisfaction on the part of health teams, to improve the quality of services provided.

Keywords: *Family caregiver, needs, FIN, palliative care*

Rececionado em outubro 2010. Aceite em outubro 2012.

[1] Mestre em Cuidados Paliativos. Enfermeiro do IPS, IP. E-mail: filipedglima@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A doença oncológica é responsável por uma elevada morbi-mortalidade e é uma das principais causas de morte em Portugal. É considerado um tema prioritário nas políticas de saúde. [1,2,3]

O doente oncológico nem sempre recebe o apoio necessário da família e nem sempre a família possui conhecimentos que lhe permitam ser capazes de prestar a ajuda necessária. Os factores demográficos e político-sociais responsabilizam e requerem a participação da família nos cuidados surgindo, neste contexto, a figura do familiar/cuidador.[4,5]

No desempenho deste papel, o familiar/cuidador, despende tempo, e está sujeito a uma sobrecarga física, económica e emocional, com repercussões na sua qualidade de vida.[6,7]

Apresenta um conjunto de necessidades próprias que se situam em dois níveis, escuta/expressão, e informação médica, psicológica e de cuidados.[8]

A resposta a estas necessidades e problemas passa inevitavelmente pelos Cuidados Paliativos, cujo objectivo é proporcionar a máxima qualidade de vida possível ao doente e à família.[9,10]

As necessidades da família são prementes, devem ser detectadas, hierarquizadas e entendidas como prioridades.

Kristjanson e White[11] efectuaram uma revisão extensa das necessidades dos cuidadores dos doentes oncológicos em Cuidados Paliativos e agruparam-nas em quatro categorias (as necessidades relativas ao conforto do doente; necessidades de informação; necessidades práticas de cuidado e necessidades de suporte emocional) e verificaram que em todas as categorias existiam necessidades por satisfazer.

Vários estudos têm identificado como necessidades dos familiares cuidadores: a informação relativa sobre as razões subjacentes aos sintomas; informação sobre que sintomas esperar no futuro; informação sobre a medicação e seus efeitos secundários; informação sobre os recursos comunitários; informação sobre as necessidades físicas do doente; informação sobre o que esperar ao nível do prognostico do doente; informação sobre o tipo e extensão da doença; abordagem da morte do paciente; meios para lidar com a imprevisibilidade no futuro; formas de cooperar na alteração de papéis; lidar com os medos do prestador de cuidados.[8,12-15]

Para o familiar/cuidador é importante: saber que se está a fazer algo pelo seu ente querido; contar com a disponibilidade, compreensão e apoio da equipa de cuidados; estar todo o tempo com o ente querido; ter intimidade e privacidade para contacto físico e emocional; participar nos cuidados ao doente e conservar a esperança.[16,17]

A maioria dos estudos realizados na área dos Cuidados Paliativos têm sido desenvolvidos com o doente no domicílio e pouco se sabe acerca das necessidades dos cuidadores aquando do internamento do familiar, bem como a sua satisfação com os profissionais de saúde.

Estudos que comparam as necessidades em função do local de prestação de cuidados reflectem que os familiares dos doentes internados em unidades de Cuidados Paliativos apresentam um conjunto de necessidades específicas, diferentes das necessidades percepcionadas em outros serviços, e que são prontamente satisfeitas.[11,18,19]

A avaliação das necessidades dos familiares/cuidadores é importante para a eficácia e qualidade dos cuidados prestados e permite desenvolver medidas de suporte que visem o acesso aos recursos disponíveis e à promoção de saúde do cuidador.

Para estudar e identificar os principais problemas/necessidades, visto não existir um instrumento padronizado em Portugal, no domínio em questão, foi efectuada uma revisão da literatura, e seleccionado um instrumento, que reflectisse as necessidades percepcionadas pelos familiares/ cuidadores.[20,21]

Neste sentido desenvolveu-se o estudo tendo como objectivos: 1- descrever as fases do processo de tradução e adaptação cultural do Family Inventory of Needs (FIN) para o idioma e cultura portuguesa; 2- descrever as suas características psicométricas; 3- identificar as necessidades do familiar/cuidador do doente oncológico paliativo.

MATERIAL E MÉTODOS

Instrumento de colheita de dados

1 - Questionário de caracterização sócio-demográfica. Foi colhida informação sobre sexo, idade,

escolaridade, estado civil, profissão, horário laboral e grau de parentesco dos familiares/cuidadores dos doentes oncológicos.

2 - O *Family Inventory of Neds* foi desenvolvido por Kristjanson e seus colaboradores[22] com base numa teoria (*Fulfillment Theory*) em que a satisfação da família está em função da percepção e satisfação das necessidades. Tem sido utilizado em diversos estudos e evidenciado boas características psicométricas.

É um instrumento de auto-preenchimento, constituído por 20 itens/asserções que correspondem a necessidades identificadas por familiares de doentes com cancro em fase avançada. Divide-se em duas subescalas:

- FIN - *Importance of Needs Subscale*, avalia a importância das necessidades percepcionadas pelos familiares
- FIN - *Fulfillment of Care Needs Subscale*, avalia a satisfação/ cumprimento das referidas necessidades.

Após autorização da autora para utilização do FIN, procedeu-se à sua tradução de acordo com o seguinte processo: 1º-Tradução do questionário para o idioma falado e escrito em Português (efectuada tradução por dois tradutores independentes, sendo que um deles conhecia a temática do questionário); 2º- Comparadas e efectuada síntese das duas traduções; 3º -Retroversão do questionário para a língua original; 4º- Comparadas as duas versões do questionário (original-tradução) e 5º-Análise e discussão com professor de língua inglesa e técnicos de saúde; 6º-Obtenção da versão final e realização de pré teste.

A execução do pré-teste teve como finalidade a validação da clareza, da compreensão e da pertinência das questões.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado a 10 familiares/cuidadores de doentes oncológicos em Cuidados Paliativos.

Após o preenchimento, os inquiridos, foram questionados sobre a compreensão, a pertinência das questões, a facilidade de preenchimento e inclusão/ exclusão de itens desnecessários ou ofensivos. Todos os familiares/ cuidadores referiram boa compreensão das questões e não sugeriram a inclusão de itens. Não referiram a existência de questões ofensivas, contudo 6 dos 10 cuidadores não responderam ao item número 16 (Obter informação sobre o que fazer ao doente em casa) do Family Inventory of Needs por acharem desadequado (sabiam que os respectivos familiares não iriam para casa). Por se saber que nem todos os doentes morrem no serviço/unidades, considerou-se útil a não eliminação desse mesmo item, nesta fase, submetendo o questionário a um maior número de inquiridos para uma análise mais consistente.

Para a avaliação da precisão e consistência dos resultados (pré-teste), foi calculado o "alfa de Cronbach" para o Family Inventory of Needs, obtendo-se o valor de 0.70, o que atendendo ao numero reduzido de inquiridos é razoável.

Foram efectuadas algumas alterações, relativamente à versão original, propostas pela autora. Na subescala FIN- Importance of Needs Subscale, a classificação foi alterada de 0-10, para de 1-5 sendo que ao 1 corresponde nada importante e ao 5 muito importante. Na segunda subescala, FIN-Fulfilment of Care Needs Subscale, relativamente à satisfação das necessidades, foi incluído o item parcialmente satisfeito.

Participantes

Participaram no estudo 60 familiares/cuidadores de doentes oncológicos paliativos internados em Unidades de Cuidados Paliativos portuguesas.

Foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística acidental[23] e todos os participantes cumpriram os seguintes critérios: serem familiares/ cuidadores ou amigos próximos do doente; terem idade igual ou superior a 18 anos; saberem ler e escrever em Português; não apresentarem alterações cognitivas impeditivas de preencherem o questionário; não serem portadores de doença oncológica e aceitarem participar no estudo após informação e preenchimento do consentimento informado.

O questionário foi preenchido sem a presença do investigador, estando o mesmo disponível para esclarecimento de dúvidas.

Metodologia

Foi solicitado pedido de autorização, para implementação do instrumento de colheita de da-

dos, a instituições, que prestam Cuidados Paliativos em regime de internamento, tendo obtido autorização do Centro Hospitalar Cova da Beira – Hospital do Fundão, do Hospital da Luz, do Hospital Residencial do Mar e da Casa de Saúde da Idanha.

Após autorização por parte das comissões de ética/ presidentes do conselho de administração, foram contactados os coordenadores das unidades de Cuidados Paliativos, das referidas instituições para pormenorizar o projecto/estudo e agendar deslocações ao serviço.

A participação dos inquiridos foi de cariz voluntário, anónimo e confidencial e em nada prejudicou o acesso aos cuidados de saúde quer dos inquiridos quer dos seus familiares.

Os dados colhidos foram tratados estatisticamente (estatística descritiva, testes de hipóteses estatística, alfa de Cronbach) através do programa SPSS.

ASPECTOS ÉTICOS

O risco inerente a esta investigação foi mínimo, temporário e compreendeu apenas o desconforto, semelhante ao da vida quotidiana da pessoa, que cessou após o término do preenchimento do questionário.[23] No decorrer do estudo foram respeitados os princípios éticos do direito à auto-determinação, do direito à intimidade, anonimato e confidencialidade dos dados colhidos.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

No quadro 1 estão descritas as características sócio - demográficas dos 60 familiares/cuidadores de doentes oncológicos paliativos que participaram no estudo.

O papel de familiar/cuidador é desempenhado pela primeira vez por 95.0% dos respondentes.

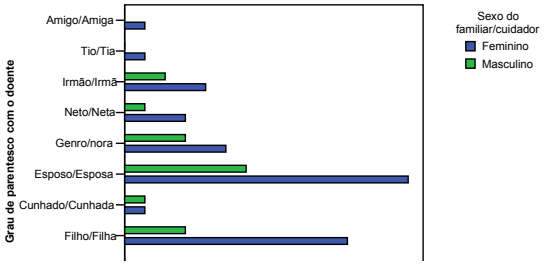
Quadro 1 - Características sócio-demográficas dos familiares/cuidadores

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	44	73.3
	Masculino	16	26.7
Idade do Familiar/Cuidador (anos)	18-29	4	6.7
	30-41	8	13.3
	42-53	15	25.0
	54-65	25	41.7
	66-77	8	13.3
Estado civil do Familiar/Cuidador	Casado/U. Facto	41	68.3
	Solteiro	10	16.7
	Divorciado/Separado	6	10.0
	Viúvo	3	5.0
Escolaridade*	Ensino Básico 1º Ciclo (até à 4ª Classe/4º Ano)	16	26.7
	Ensino Básico 2º Ciclo (antigo Ciclo Preparatório)	10	16.7
	Ensino Básico 3º Ciclo (até ao antigo 5º Ano de Liceu)	12	20.0
	Ensino Secundário (10º, 11º e 12º Ano)	14	23.3
	Ensino Superior	8	13.3
Situação Profissional*	Activo	22	36.7
	Desempregado	10	16.7
	Doméstica/Nunca Trabalhou	8	13.3
	Reformado	20	33.3

Os cuidadores eram maioritariamente do sexo feminino (73.3%), com idade compreendida entre os 18 e os 75 anos (M= 52; SD=12.85; Percentil 25=42.25; Percentil 75=62.00). Quanto ao estado civil constatou-se que a maioria é casada ou vive em união de facto (41/60). Verificou-se que cerca de 1/4 dos respondentes tinham escolaridade ao nível do 1º ciclo e que apenas 13.3% tinham grau de escolaridade ao nível do ensino superior.

Constatou-se que 36.7% dos cuidadores são activos profissionalmente e que 16.7% se encontram desempregados. Sendo o grupo profissional dos operários, artífices e trabalhadores similares o que inclui um maior numero de familiares/cuidadores (31.8%).

Gráfico 1- Relação entre o grau de parentesco e o sexo do familiar/cuidador



Quanto ao grau de parentesco verificou-se (gráfico 1) que os familiares de primeira linha (filhas e esposas) são os mais requisitados para o desempenho do papel de cuidador. Seguem-se as noras desempenhando, na realidade, o papel que seria da responsabilidade dos filhos e surgem os amigos em situações pontuais.

Características psico-métricas da escala - Fidelidade

As características psicométricas do instrumento de colheita de dados são muito importantes e determinam a sua qualidade. A fidelidade do FIN foi verificada através da avaliação da consistência interna (coeficiente de alfa de Cronbach) cujos valores se encontram no quadro 2 comparados com os obtidos noutros estudos.

Observou-se que os valores de alfa de Cronbach obtidos no presente estudo são próximos aos do estudo de Fridriksdottir realizado com os mesmos objectivos. Verificando-se para a sub-escala FIN-Importance of Needs Subscale um valor superior ao calculado pela autora da escala.

Necessidades do familiar/cuidador

O quadro 3 mostra as necessidades expressas pelos familiares/cuidadores bem como o grau de importância atribuído a cada uma.

Observa-se que com excepção da necessidade 16 (Obter informação sobre o que fazer ao doente em casa) mais de 90% dos cuidadores atribuíram pelo menos o grau *importante* a todas as necessidades expressas na escala FIN, com a categoria *muito importante* a ser indicada por mais de 50% dos respondentes.

Constata-se que as necessidades mais relevantes para os familiares, classificadas como *muito importante* por mais de 80% dos cuidadores, são:

1. Ter as minhas questões respondidas com honestidade
2. Conhecer factos específicos relativos ao prognóstico do doente

Quadro 2 - Análise da fiabilidade dos resultados das escalas e sub-escalas de FIN

Escalas	Alfa de Cronbach		
	Estudo	Kristjanson	Fridriksdottir
FIN- Importance of Needs Subscale	0.91	0.83	0.92
FIN- Fulfilment of Care Needs Subscale	0.90	--	0.96

3. Sentir que os profissionais se preocupam com os doentes

7. Obter explicações em termos que sejam compreensíveis

10. Ter a garantia de que estão a ser prestados ao doente os melhores cuidados possíveis

11. Conhecer quais os sintomas que o tratamento ou a doença podem causar

Através da análise do quadro 4, pode-se observar o cumprimento/satisfação, por parte dos profissionais de saúde/serviços, das necessidades percepcionadas pelos familiares/cuidadores.

Constata-se que mais de 90% dos familiares/cuidadores classificaram as necessidades expressas como *parcialmente satisfeitas* ou *satisfeitas*, à excepção das referenciadas com os números 9 e 16.

Pela análise descritiva da sub-escala FIN - *Fulfillment of Care Needs Subscale*, verifica-se que as necessidades referidas como sendo as mais cumpridas, classificadas como *satisfeitas* por mais de 80.0% dos cuidadores são:

1. Ter as minhas questões respondidas com honestidade

Quadro 3 – Inventário das Necessidades da Família - FIN (Importance of Needs Subscale)

Necessidades	1 - Nada Importante n (%)	2 - Pouco Importante n (%)	3 - Importante n (%)	4 - Bastante Importante n (%)	5 - Muito Importante n (%)	Média das Categorias*
1. Ter as minhas questões respondidas com honestidade	- -	- -	1 (1.7)	3 (5.0)	56 (93.3)	4,92
2. Conhecer factos específicos relativos ao prognóstico do doente	- -	- -	1 (1.7)	8 (13.3)	51 (85.0)	4,83
3. Sentir que os profissionais se preocupam com os doentes	- -	- -	2 (3.3)	2 (3.3)	56 (93.3)	4,90
4. Ser informado acerca de alterações ao estado de saúde do doente	- -	- -	1 (1.7)	8 (13.3)	51 (85.0)	4,83
5. Saber exactamente o que está a ser feito ao doente	1 (1.7)	1 (1.7)	3 (5.0)	11 (18.3)	44 (73.3)	4,60
6. Saber qual o tratamento que o doente está a receber	1 (1.7)	- -	2 (3.3)	15 (25.0)	42 (70.0)	4,62
7. Obter explicações em termos que sejam compreensíveis	1 (1.7)	1 (1.7)	- -	8 (13.3)	50 (83.3)	4,75
8. Ser informado acerca de alterações aos planos de tratamento enquanto estão a ser feitas	- -	4 (6.7)	4 (6.7)	16 (26.7)	36 (60.0)	4,40
9. Sentir que há esperança	3 (5.0)	2 (3.3)	5 (8.3)	4 (6.7)	46 (76.7)	4,47
10. Ter a garantia de que estão a ser prestados ao doente os melhores cuidados possíveis	- -	- -	- -	4 (6.7)	56 (93.3)	4,93
11. Conhecer quais os sintomas que o tratamento ou a doença podem causar	- -	- -	6 (10.0)	6 (10.0)	48 (80.0)	4,70
12. Saber quando esperar o aparecimento de sintomas	1 (1.7)	5 (8.3)	1 (1.7)	16 (26.7)	37 (61.7)	4,38
13. Conhecer o provável desfecho da doença	4 (6.7)	1 (1.7)	4 (6.7)	7 (11.7)	44 (73.3)	4,43
14. Saber a razão pela qual as coisas são feitas ao doente	1 (1.7)	1 (1.7)	5 (8.3)	13 (21.7)	40 (66.7)	4,50
15. Conhecer os nomes dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao doente	1 (1.7)	2 (3.3)	5 (8.3)	22 (36.7)	30 (50.0)	4,30
16. Obter informação sobre o que fazer ao doente em casa	13 (21.7)	- -	2 (3.3)	5 (8.3)	40 (66.7)	3,98
17. Sentir-me aceite pelos profissionais de saúde	- -	- -	2 (3.3)	11 (18.3)	47 (78.3)	4,75
18. Ajudar a cuidar do doente	- -	1 (1.7)	1 (1.7)	11 (18.3)	47 (78.3)	4,73
19. Ter alguém que se preocupe com a minha saúde	1 (1.7)	- -	8 (13.3)	12 (20.0)	39 (65.0)	4,47
20. Ser informado acerca de pessoas que possam ajudar a resolver os problemas	1 (1.7)	2 (3.3)	1 (1.7)	12 (20.0)	44 (73.3)	4,60

3. Sentir que os profissionais se preocupam com os doentes

10. Ter a garantia de que estão a ser a ser prestados ao doente os melhores cuidados possíveis

17. Sentir-me aceite pelos profissionais de saúde

Constatou-se que os cuidadores apresentam diferentes percepções quer das necessidades, quer do grau de satisfação em função das suas características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e horário laboral).

Quadro 4 - Inventário das Necessidades da Família - FIN-Fulfillment of Care Needs Subscale

Necessidades	Insatisfeito n (%)	Parcialmente satisfeito n (%)	Satisfeito n (%)
1. Ter as minhas questões respondidas com honestidade	- -	12 (20.0)	48 (80.0)
2. Conhecer factos específicos relativos ao prognóstico do doente	5 (8.3)	17 (28.3)	38 (63.3)
3. Sentir que os profissionais se preocupam com os doentes	1 (1.7)	11 (18.3)	48 (80.0)
4. Ser informado acerca de alterações ao estado de saúde do doente	1 (1.7)	18 (30.0)	41 (68.3)
5. Saber exactamente o que está a ser feito ao doente	3 (5.0)	19 (31.7)	38 (63.3)
6. Saber qual o tratamento que o doente está a receber	2 (3.3)	17 (28.3)	41 (68.3)
7. Obter explicações em termos que sejam compreensíveis	6 (10.0)	12 (20.0)	42 (70.0)
8. Ser informado acerca de alterações aos planos de tratamento enquanto estão a ser feitas	6 (10.0)	18 (30.0)	36 (60.0)
9. Sentir que há esperança	19 (31.7)	12 (20.0)	29 (48.3)
10. Ter a garantia de que estão a ser a ser prestados ao doente os melhores cuidados possíveis	- -	12 (20.0)	48 (80.0)
11. Conhecer quais os sintomas que o tratamento ou a doença podem causar	2 (3.3)	29 (48.3)	29 (48.3)
12. Saber quando esperar o aparecimento de sintomas	6 (10.0)	27 (45.0)	27 (45.0)
13. Conhecer o provável desfecho da doença	6 (10.0)	16 (26.7)	38 (63.3)
14. Saber a razão pela qual as coisas são feitas ao doente	4 (6.7)	24 (40.0)	32 (53.3)
15. Conhecer os nomes dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao doente	2 (3.3)	15 (25.0)	43 (71.7)
16. Obter informação sobre o que fazer ao doente em casa	13 (21.7)	21 (35.0)	26 (43.3)
17. Sentir-me aceite pelos profissionais de saúde	- -	8 (13.3)	52 (86.7)
18. Ajudar a cuidar do doente	2 (3.3)	16 (26.7)	42 (70.0)
19. Ter alguém que se preocupe com a minha saúde	4 (6.7	22 (36.7)	34 (56.7)
20. Ser informado acerca de pessoas que possam ajudar a resolver os problemas	4 (6.7)	22 (36.7)	34 (56.7)

DISCUSSÃO

A identificação das necessidades e a sua satisfação é crucial e está relacionada com a qualidade dos serviços prestados e com a qualidade de vida dos doentes e das famílias. De acordo com os critérios de qualidade para as Unidades de Cuidados Paliativos, as necessidades de informação/formação da família devem ser identificadas e analisadas desde o primeiro contacto.

Devido à inexistência de um instrumento padronizado capaz de identificar e mensurar as necessidades, foi um dos objectivos deste trabalho, traduzir e adaptar, uma ferramenta capaz de efectuar essa identificação e sua posterior monitorização.

O Family Inventory of Needs (FIN) é um instrumento de medida apropriado para a avaliação das necessidades de formação/informação nos familiares/cuidadores, está adaptado ao problema que pretende analisar, é válido, fiável, bem aceite pelos respondentes e apresenta boas características psicométricas (alfa Cronbach> 0.90).[15,19,21] Os itens da escala parecem abordar a maioria das necessidades dos cuidadores identificadas noutros estudos.

Os doentes oncológicos em Cuidados Paliativos encontram-se frequentemente debilitados e dependentes, tendo o familiar/cuidador um papel altamente relevante, nos aspectos práticos, sociais, físicos e emocionais bem como nas decisões a tomar no fim de vida.[4]

O familiar/cuidador presta grande parte dos cuidados informais necessários ao doente e é responsável pelas actividades de suporte, fazendo a interligação com a equipa de saúde. Despende de tempo e está sujeito a uma sobrecarga física, económica e emocional, com riscos para a sua qualidade de vida.[1,24]

Os familiares/cuidadores são maioritariamente do sexo feminino (44/60), o que vai de encontro a diversos estudos que atribuem o papel histórico de cuidador à mulher e encontram-se na primeira linha de parentesco (cônjuges ou filhas). [4,19,25] Têm idade média de 53 anos, grau de escolaridade relativamente baixo e são profissionalmente activos ou reformados. Constatou-se uma percentagem relativamente alta de desempregados, 16.7% (10/60), que pode reflectir a conjuntura actual do país ou um abandono laboral forçado para assistência familiar.

A profissão da maioria dos cuidadores activos enquadra-se no grupo 7 da CNP (operários, artífices e trabalhadores similares), o que vai de encontro à distribuição profissional portuguesa. Neste grupo de respondentes, verifica-se uma dualidade de tarefas (o desempenho do papel de cuidador e a manutenção do posto de trabalho) que será certamente uma sobrecarga pessoal. A manutenção do posto de trabalho é fundamental para o orçamento familiar, tal como verificaram outros autores, uma vez que é agravado por despesas de saúde, podendo gerar sobrecarga financeira.[4,7,26]

As necessidades do familiar/cuidador prendem-se com a garantia dos cuidados prestados, com a obtenção de respostas em termos compreensíveis e com o conhecimento sobre a doença (os sinais, os sintomas, o prognóstico e as alterações ao estado de saúde do doente).

Maioritariamente as necessidades expressas no FIN foram classificadas como muito importantes pelos cuidadores e prontamente satisfeitas pelos profissionais de saúde. Apresenta-se de seguida uma análise mais pormenorizada das necessidades pelo seu significado e pela comparação com outros estudos em questão.

A necessidade 10 (Ter a garantia de que estão a ser prestados ao doente os melhores cuidados possíveis) foi identificada como a mais importante das expressas na escala, sendo classificada por 93.3% dos cuidadores como *muito import*ante e por 6.7% como *bastante importante*.

Esta garantia de qualidade de cuidados é importante para o bem-estar da família porque reconhece que na impossibilidade de cuidar do doente, o serviço/instituição cumpre tão bem ou melhor que ela esse papel e é ter a garantia de que tudo fazem para assegurar o bem-estar e a qualidade de vida do doente.[18,22]

Do conjunto de necessidades estudadas, a necessidade 16 (Obter informação sobre o que fazer ao doente em casa) foi a que obteve mais respostas na categoria *nada importante* (21.7% de cuidadores). Tal pode estar relacionado com o facto do familiar/cuidador estar consciente da inevitabilidade da morte e de estar presumivelmente, bem

informado da situação clínica do seu familiar bem como da futura ocorrência de óbito na instituição.

Apesar da necessidade 9 (sentir que há esperança) ser classificada pela grande maioria dos familiares/cuidadores como *muito importante* verifica-se que não é importante para 5% dos respondentes. Talvez porque consideram que a esperança não existe para o seu familiar/ doente.

A esperança assume um papel fulcral na filosofia dos Cuidados Paliativos e envolve o doente, a família e a equipa de cuidados, a sua gestão é uma tarefa difícil e implica a elaboração de objectivos adequados e realistas que promovam o bem-estar e a qualidade de vida do doente e família.[28]

Os resultados obtidos no presente estudo quanto à identificação das necessidades e quanto ao grau de importância atribuído são idênticos aos obtidos no estudo de Fridriksdottir.[19] Seguindo a metodologia do autor constata-se para a necessidade 10 (Ter a garantia de que estão a ser prestados ao doente os melhores cuidados possíveis) o mesmo valor médio (4.93) do grau de importância. Diferem as médias da necessidade 16, pelo referido anteriormente, e da necessidade 20 (Ser informado acerca de pessoas que possam ajudar a resolver os problemas), obtendo-se uma média superior (4.60) devido, provavelmente, a factores de índole sócio-cultural.

As necessidades apresentadas relacionam-se com as necessidades fundamentais (informação, esperança, expressão de sentimentos e necessidade de que o conforto e o cuidado sejam assegurados ao doente e família) identificadas por diversos autores.[12-15,19]

A satisfação das necessidades está directamente relacionada com a qualidade de vida e que quanto maior for o grau de satisfação maior poderá ser a qualidade de vida.[15,20,21]

A necessidade que apresentou um maior grau de satisfação foi a necessidade 17 (Sentir-me aceite pelos profissionais de saúde) e denota que as unidades de cuidados paliativos que participaram no estudo cumprem com a sua filosofia uma vez que envolvem os familiares no processo do cuidar.

As necessidades 9 (Sentir que há esperança) e 16 (Obter informação sobre o que fazer ao doente em casa) foram as necessidades menos *satisfeitas*. Presume-se que o grau de satisfação esteja relacionado com as características inerentes aos próprios cuidadores e à situação clínica dos doentes/familiares em detrimento da qualidade dos serviços prestados.

A inevitabilidade da morte, a gestão de perspectivas futuras e a aceitação da doença bem como a necessidade de internamento concorrem para este acontecimento.

O conhecimento sobre a doença e sobre o controlo de sintomas pode ser evidenciado através das necessidades, 2,8,11,12 e 13. Verifica-se que foram classificadas como *insatisfeitas* no máximo por 10.0% (6/60) dos familiares/cuidadores. Tal facto pode estar relacionado com o curto tempo de internamento.

As necessidades de informação sentidas pelos familiares/cuidadores compreendem as necessidades 4, 5 e 6, e foram classificadas como *insatisfeitas* no máximo por 5.0% dos familiares/cuidadores, o que revela uma boa comunicação entre a equipa de saúde e o familiar/cuidador.

A utilização de instrumentos capazes de determinar as necessidades torna-se premente no sentido de serem implementadas intervenções direccionadas de forma a melhorar a qualidade de vida do familiar/cuidador e dos serviços prestados.

Atendendo que todos nós temos um papel importante e que só modificando a nossa atitude como intervenientes no processo de cuidar se podem evidenciar ganhos em saúde, o suporte prestado à família em geral e ao cuidador em particular é crucial.

Seria de extrema importância uma abordagem mais extensa acerca das necessidades do familiar/cuidador, bem como, a aplicação da escala FIN em diferentes amostras para continuar com o seu processo de verificação de sensibilidade/inclusão de novos itens.

CONCLUSÃO

Com a realização do estudo concluiu-se que os familiares/cuidadores são maioritariamente mulheres, cônjuges ou filhas, com idade média de 53 anos, com grau de escolaridade relativamente baixo e profissionalmente activas ou reformadas.

As necessidades do familiar/cuidador prendem-se com a garantia dos serviços prestados, com

a obtenção de respostas compreensiveis e com o conhecimento sobre a doença (sinais e sintomas).

Maioritariamente as necessidades estudadas no Family Inventory of Needs Scale foram classificadas como muito importantes, tendo os familiares/cuidadores, evidenciado um elevado grau de satisfação.

O FIN mostrou-se um instrumento apropriado para a avaliação das necessidades do familiar/cuidador e apresenta boas características psicométricas. Deveria ser utilizado na prática clínica, de forma a identificar e hierarquizar as necessidades do familiar/cuidador, podendo servir de indicador de qualidade dos serviços prestados.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Doutora Rosa Teodósio pelas importantes orientações, à Prof. Doutora Linda Kristjanson, docente na Curtin University of Technology- Australia, pela autorização para a tradução do FIN.

Às enfermeiras, Fátima (Casa de Saúde da Idanha), Paula Martins (Hospital Residência do Mar) e Nélia Trindade (Hospital da Luz) e aos médicos, Dra Ana Bernardo (Hospital Residência do Mar) e Dr. Lourenço Marques (Hospital do Fundão), pela gentileza com que atenderam ao meu pedido.

A todos os cuidadores, que apesar de todas as dificuldades e limitações com que se defrontam todos os dias, foram capazes de me acolher e se prontificaram a preencher o questionário que lhes foi apresentado. A eles, o meu apreço pelo trabalho que desenvolvem e que frequentemente é ignorado pela família e pela sociedade. A vida também é feita de gestos tantas vezes invisíveis!

BIBLIOGRAFIA

1. Santos C. Doença oncológica – representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente e família. Coimbra: FORMASAU; 2006

2. Macedo A, Andrade S, Moita I, Moreira A, Pimentel FL, Barroso S, et al. Perfil da doença oncológica em Portugal – Racional, objectivos e metodologia – estudo perfil. Acta Med Port. 2008; 21:329-34

3. Ministério da Saúde – Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007

4. Araújo LS. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura: repercussões deste encargo. Rev Bras Enferm. 2009; 62(1): 32-7

5. Ferreira NA, Souza CB, Stuchi Z. Cuidados Paliativos e Família. Rev Cienc Med. 2008; 1(1): 33-42

6. Kristjanson LJ, Ashcroft T. The Family's cancer journey: a literature review. Cancer Nurs. 1994; 17:1-17

7. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um actor vulnerado. Caderno de Saúde Pública. 2006; 22(3): 526-32

8. Lopes C, Pereira MG. O doente oncológico e a sua família. Lisboa: Climepsi Editores; 2002

9. Twycross R. Cuidados Paliativos. 2.ª edição. Lisboa: Climepsi editores; 2003

10. Neto I. Aitken H. Paldron T. O que são os Cuidados Paliativos. In A dignidade e o sentido da vida - uma reflexão sobre a nossa existência. Cascais: Editora Pergaminho, Lda; 2004; 13-21

11. Kristjanson LJ, White K. Clinical support for families in the palliative care phase of hematologic or oncologic illness. Hematol Oncol Clin North Am. 2002; 16: 745-62

12. Docherty A, Owens A, Asadi-Lari M, Petchey R, Williams J, Carter YH. Knowledge and information needs of caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. Palliat Med. 2008; 22(2):153-71

13. Adams E, Boulton M, Watson E. The information needs of partners and family members of cancer patients: a systematic literature review. Patient Educ Couns. 2009; 77(2):179-86.

14. Schubart JR, Kinzie MB, Farace E. Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. Neuro Oncol. 2008; 10:61-72

15. Richardson A, Plant H, Moore S, Medina J, Cornwall A. Developing supportive care for family members of people with lung cancer: a feasibility study. Support Care Cancer. 2007; 15(11):1259-69

16. Casmarrinha MJ. Familiares do doente oncológico em fim de vida: dos sentimentos às necessidades… [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2008

17. Nogueira MA. Necessidades da família no cuidar: papel

do enfermeiro [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2003

18. Aoun SM, Kristjanson LJ, Currow DC, Hudson PL. Caregiving for the terminally ill: at what cost? Palliat Med. 2005; 19: 551-55

19. Fridriksdottir N. Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S. Important needs of families in acute and palliative care settings assessed with the Family Inventory of Needs. Palliat Med. 2006; 20:425-32

20. Wen KY, Gustafson DH. Needs Assessment for cancer patients and their families. Health Qual Life Outcomes. 2004; 2:11

21. Park SM, Kim YJ, Kim S, Choi JS, Lim YH, Choi YS, et al. Impact of caregivers' unmet needs for supportive care on quality of terminal cancer care delivered and caregivers' workforce performance. Support Care Cancer. 2009

22. Kristjanson LJ, Atwood J, Degner LF. Validity and reliability of the Family Inventory of Needs (FIN): measuring the care needs of families of advanced cancer patients. J Nurs Meas. 1995; 3(2):109-126

23. Fortin MF.O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. 3.ª edição. Loures: Lusociência, 2003

24. Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: "they don't know what they don't know". JAMA. 2004; 291(4):483-91.

25. Cerqueira MM. O cuidador e o doente paliativo. Coimbra: FORMASAU; 2005

26. Ferreira MF. Cuidar no domicílio: sobrecarga da família/ Cuidador principal do doente oncológico paliativo [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2008

27. Clayton JM, Hancock K, Parker S, Butow PN, Walder S, Carrik S, et al. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. Psychooncology. 2008; 17:641-59

O IMPACTO DA MARCAÇÃO DA OSTOMIA NO AUTOCUIDADO AO ESTOMA E QUALIDADE DE VIDA

Luzia Raquel Lopes Pinheiro [1]

Resumo

Este estudo, tem como objectivo geral, compreender o impacto da marcação da ostomia na qualidade de vida e auto-eficácia no autocuidado da pessoa portadora de ostomia. Desenvolvemos um estudo exploratório, descritivo e comparativo. A amostra foi constituída por 47 indivíduos portadores de ostomia de eliminação, sendo que o grupo com marcação da ostomia no pré-operatório integrou 19 elementos e o grupo sem marcação, 28 elementos. Para melhor compreendermos a percepção sobre a sua qualidade de vida e auto-eficácia, foram utilizados três instrumentos de recolha de dados, o índice de qualidade de vida (percepção da qualidade de vida e auto-eficácia), uma grelha de observação (aquisição de competências no autocuidado) e um instrumento de colheita de dados do posicionamento do estoma no abdómen.

Os resultados indicam que a marcação do local da ostomia, no pré-operatório por um enfermeiro estomaterapeuta, parece beneficiar a qualidade de vida e a auto-eficácia. Verificamos no grupo com marcação do estoma no pré-operatório, uma maior auto-eficácia no autocuidado e uma melhor qualidade de vida nos domínios do *bem-estar psicológico* e *bem-estar físico*. Outros factores sóciodemográficos e clínicos mostraram exercer influência sobre a qualidade de vida e auto-eficácia no autocuidado.

Palavras-chave: ostomia de eliminação; marcação da ostomia; qualidade de vida e auto-eficácia no autocuidado

Abstract

THE IMPACT OF OSTOMY MARKING ON THE QUALITY OF LIFE AND SELF-EFFICIENCY IN A PATIENT WITH OSTOMY.

This study aims mostly to understand the impact of ostomy marking on the quality of life and self-efficiency in a patient with ostomy. To improve our perception of quality of life and self-efficiency in patients with ostomy, we have carried out a descriptive and comparative-based exploratory research. The sample involved 47 individuals with elimination ostomy. The group with preoperative ostomy site marking involved 19 elements, and another group of 28 elements with no ostomy marking. To better understand the perception of their quality of life and self-efficiency across different levels, three data collecting devices were used, namely, a quality of life index (to evaluate the perception of quality of life and self-efficiency); an assessment grid (to evaluate the skills acquisition in ostomy self-care), and a data collecting device to evaluate the stoma site positioning in the abdomen.

With the application of data collecting devices we observed that an optimal ostomy marking in preoperative situations under the monitoring of an enterostomal nurse, seem to improve the patient's quality of life and self-efficiency. It was also observed a better self-efficiency and self-care in the group of preoperative stoma marking, and an improvement in the quality of life in terms of *psychological and physical wellbeing.* Other social demographic and clinical factors reveal exerting influence over the quality of life and self-efficiency.

Keywords: *elimination ostomy, ostomy marking, quality of life and self-efficiency in self-care*

Rececionado em março 2012. Aceite em março 2013.

[1] Enfermeiro; Mestre em Ciências de Enfermagem; Hospital Santa Maria Maior EPE (Barcelos). E-mail: luziapinheiro@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida da pessoa portadora de uma ostomia de eliminação digestiva, dependerá da aprendizagem do autocontrole comportamental, da autonomia pessoal e da aprendizagem social (Santos, 1999). Nos cuidados aos utentes portadores de ostomia observa-se, no período pós-operatório, a ocorrência de alterações, como dificuldades em aceitar a nova condição e deficit de conhecimentos sobre o cuidado com a ostomia. A resolução das dificuldades sentidas dependerá dos seus recursos internos, do suporte social fornecido, e da estrutura/planeamento de cuidados de enfermagem de estomaterapia. Segundo Santos e colaboradores (2007), uma grande parte das complicações relacionadas com a ostomia podem ser evitadas com a marcação da ostomia, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Assim, se evidencia a importância de verificar se a intervenção de enfermagem no pré-operatório e a marcação da ostomia são instrumentos capazes de melhorar a auto-eficácia no autocuidado do estoma e qualidade de vida.

Foi com base nestas evidências que partimos para esta investigação com a seguinte questão de partida: *quais as implicações da marcação da ostomia na qualidade de vida e auto-eficácia no autocuidado da ostomia?* Com vista a dar resposta a esta questão, definimos como objectivo geral do estudo compreender o impacto da marcação da ostomia no autocuidado do estoma e qualidade de vida para uma melhor compreensão do impacto da marcação da ostomia no sentido de uma intervenção de enfermagem mais adequada na área da estomaterapia. Este estudo desenvolveu-se no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS, no Porto.

Apresentamos em seguida, e após uma breve contextualização teórica, a metodologia utilizada no estudo, os principais resultados obtidos e a sua discussão. Terminamos com as principais conclusões.

OSTOMIA: CONTEXTUALIZAR O CORPO E A PESSOA

Podem ser várias as patologias ou situações que podem conduzir à necessidade de construir uma ostomia digestiva: malformações congénitas, patologia do foro inflamatório, patologia do foro vascular, de foro neoplásico, entre outras (Ortiz *et al*, 1994). A colostomia e a ileostomia são os estomas intestinais mais frequentes, principalmente em doentes do foro oncológico e definidos, respectivamente, como abertura do cólon ou do íleo na parede abdominal (Ortiz *et al*, 1994).

De acordo com Sanobe e colaboradores (2002) o utente portador de ostomia, ao deparar-se com o estoma no pós-operatório, passa a lidar com esta nova realidade, que vai condicionar vários sentimentos, reacções e comportamentos, diferentes e individuais. A complexidade da vivência da transição do utente com ostomia remete-nos para a necessidade de compreender as mudanças na sua vida e a forma como o utente vive o processo.

Segundo Zagonel (1999) os cuidados de enfermagem aos indivíduos em situação de transição devem assentar na compreensão da situação a partir da perspectiva do seu cliente. Devem sempre ser considerados os factores, individuais e ambientais, que medeiam a situação de transição saúde/doença que o portador de ostomia vivencia. Devem ainda, ser incluídas as acções preventivas e as estratégias de intervenção quando já se iniciou o período de transição.

A transição possibilita a aquisição ou perda de papéis e simultaneamente perda e aquisição de papéis. Apresenta propriedades que se inter-relacionam, tais como: a consciencialização, o envolvimento, a mudança, o tempo de vida e os eventos críticos. Existem, também, condições que podem ser facilitadoras ou inibidoras. A transição é avaliada em termos de padrões de processo e padrões de resposta, que devem estar presentes para que a transição seja saudável (Meleis *et al*, 2000). Uma preparação antecipatória facilita uma experiência de transição, com a preparação está o conhecimento sobre o que esperar durante a transição e que estratégias podem ser úteis na sua gestão (Meleis *et al*, 2000).

O desafio para os enfermeiros estomaterapeutas durante o processo de transição do portador de ostomia, é compreender os processos de transição e desenvolver intervenções que sejam eficazes para promover o desenvolvimento de sentimentos

de confiança e adaptação (Schumacher e Meleis, 1994 *cit. por* Davies, 2005; Barbutti *et al*, 2008).

Segundo Santos e colaboradores (2007) e Erwin-Toth (2003) uma grande parte das complicações relacionadas com a ostomia podem ser evitadas com a marcação da ostomia. Bass e colaboradores e Arumugan e colaboradores, citados por Colwell e Gray (2003), ao fazerem uma análise retrospectiva de doentes submetidos a cirurgias da qual resultou uma ostomia, concluíram que os portadores de ostomia que receberam a marcação do local do ostomia no pré-operatório, executada por um enfermeiro estomaterapeuta, apresentavam menos complicações da ostomia em relação aos que não foram marcados no pré-operatório.

Num estudo de carácter exploratório realizado por Santos (1999), com o objectivo de conhecer a percepção de saúde e qualidade de vida das pessoas portadoras de uma ostomia, foi constatado que só os indivíduos que foram capazes de adquirir estratégias adequadas, ultrapassaram a fase de adaptação e adquiriram autocontrole e auto-eficácia, imprescindíveis à sua integração social (Santos, 1999).

Simmons e colaboradores (2007) realizaram um estudo para determinar a adaptação e a sua relação com a aceitação do estoma e a ligação entre auto-eficácia nos cuidados ao estoma, nos resultados do estudo surgiram evidências de associação entre a auto-eficácia no autocuidado do estoma e a adaptação ao estoma.

Mahjoubi e colaboradores (2010), num estudo quase experimental, sobre a relação entre a qualidade de vida e a marcação correcta ou incorrecta do local do local da ostomia, concluem que a qualidade de vida nos indivíduos com correcta marcação do local do estoma é significativamente maior em diferentes aspectos, desde a sexualidade, funcionamento físico e funcionamento social.

A preparação pré-operatória realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta está associada a um maior ajustamento da pessoa à ostomia (Haugen e colaboradores, 2006, *cit por* Colwell e Gray, 2007; Slater 2010).

Diferentes estudos realizados (Rideout 1987; Gulbiniene e colaboradores, 2004 *cit por* Colwell e Gray 2007; Slater 2010) indicam a marcação do local do estoma como factor determinante para a reabilitação da pessoa portadora de ostomia, não só do ponto de vista físico, como emocional. Outros autores (Cesaretti, 2002; Meirelles, Ferraz, 2001; Slater 2010) relacionam a correcta marcação do local do estoma com a facilidade no autocuidado à ostomia, aspecto relevante do processo de reabilitação.

Vários estudos (Meirelles e Ferraz, 2001; Erwin-Toth, 2003; Santos, Cesaretti, 2005; Gulbiniene *et al*, 2004, *cit por* Colwell e Gray, 2007; Haugen *et al*, 2006, *cit por* Colwell e Gray, 2007; Norman *et al*, 2007; Honkala e Bertero, 2009; Rust, 2009; Slater 2010; Mahjoubi *et al*, 2010) demonstram o seu impacto negativo de uma ostomia na auto-imagem, auto-estima, sexualidade e que a intervenção da marcação da ostomia, no pré-operatório, pode melhorar a adaptação à nova situação de vida.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Contextualizamos o nosso estudo em torno da temática: ***o impacto da marcação da ostomia no autocuidado do estoma e qualidade de vida.*** Neste contexto, foram definidos os seguintes objectivos específicos:

1. Comparar o local dos estomas intestinais nos doentes com marcação e sem marcação prévia da ostomia;
2. Compreender se a marcação da ostomia condiciona o aparecimento de complicações das ostomias;
3. Comparar as competências no autocuidado das pessoas portadoras de ostomia com marcação e sem marcação da ostomia;
4. Conhecer a percepção das pessoas portadoras de ostomias de eliminação sobre a sua qualidade de vida;
5. Comparar a percepção da qualidade de vida das pessoas portadoras de ostomia submetidas e não submetidas a marcação da ostomia;
6. Conhecer a percepção das pessoas portadoras de ostomias de eliminação sobre a sua auto-eficácia;
7. Comparar a auto-eficácia das pessoas portadoras de ostomia submetidas e não submetidas a

marcação da ostomia;

8. Conhecer de que forma os factores de ordem individual (sexo, idade), social e factores de saúde (complicações da ostomia, tempo de cirurgia) condicionam a percepção da qualidade de vida das pessoas portadoras de ostomias;
9. Conhecer de que forma os factores de ordem individual (sexo, idade), social e factores de saúde (complicações da ostomia, tempo de cirurgia) condicionam a auto-eficácia das pessoas portadoras de ostomias.

A partir da finalidade do estudo elaboramos um conjunto de questões de investigação que contribuíssem para orientar a pesquisa:

Q1 – De que forma o posicionamento na parede abdominal do estoma intestinal é diferente de acordo com o facto de ser ou não marcado no pré-operatório?

Q2- De que forma a marcação da ostomia interfere no aparecimento de complicações?

Q3 -*De que forma a marcação da ostomia interfere na qualidade de vida?*

Q4- De que forma a marcação da ostomia interfere na auto-eficácia no auto-cuidado?

Q5 – Qual é a percepção de qualidade de vida das pessoas portadoras de ostomia?

Q6- De que forma os factores de ordem individual e de saúde condicionam a qualidade de vida?

Q7 – Qual é a percepção da auto-eficácia no autocuidado das pessoas portadoras de ostomia de eliminação?

Q8 - De que forma os factores de ordem individual e de saúde condicionam a auto-eficácia no autocuidado?

Para melhor conhecermos a percepção da qualidade de vida e auto-eficácia das pessoas portadoras de uma ostomia de eliminação, procedemos a um estudo de índole exploratória, com características descritivas e comparativas. Foi realizada uma única avaliação, tratando-se assim, de um estudo do tipo transversal.

A amostra em estudo foi constituída por 47 pessoas portadoras de ostomias eliminação digestivas, recolhida através de um método não probabilístico intencional na consulta de estomaterapia de um centro hospitalar do norte do país.

No quadro 1 apresentamos as variáveis em estudo e no quadro 2 apresentamos a caracterização da amostra.

Quadro 1 – ***Tipologia das variáveis de caracterização da amostra***

	Variáveis
Variáveis sócio-demográficas	Sexo; Idade; Escolaridade; Residência; Coabitação; Profissão
Variáveis de saúde	Tipo de Cirurgia; Tipo de ostomia; Tempo de permanência da ostomia; Experiência no cuidado da ostomia; Tempo pós-cirurgia

Quadro 2 – ***Caracterização da amostra***

Amostra não probabilística intencional (N=47)
Grupo A – Grupo de pessoas portadoras de ostomia de eliminação com marcação da ostomia no pré-operatório (**n=19**) **Grupo B** – grupo de comparação, grupo de pessoas portadoras de ostomia sem marcação da ostomia no pré-operatório (**n=28**)
Caracterização da amostra
Predomina o sexo masculino (65,96%) Idade: mín. 22; máx. 82; M= 60 anos Escolaridade: predomina o 4º ano Localidade: maioritariamente residem no Porto (grupo A: 31,6%; grupo B: 28,6%) Maioritariamente são reformados (grupo A: 73,7%; grupo B: 53,6%) Maioritariamente são portadores de colostomias (grupo A: 78,9%; grupo B 60,7%) Maioritariamente apresentam colostomias /ileostomias definitivas (grupo A: 84,2%; grupo B: 57,1%) Maioritariamente não apresentam experiências anteriores de cuidado da ostomia (grupo A: 84,2%; grupo B : 96,5%) Tempo de cirurgia: mín. 1 ano; máx. 9 anos, M=1,9 anos.

Tendo em conta o tamanho da amostra, optamos por elaborar um questionário de auto-preenchimento. Optámos por usar instrumentos já existentes, traduzidos e validados, utilizando um questionário específico para avaliação da qualidade de vida das pessoas portadoras de ostomias de eliminação, em

associação com um guia de observação. Para avaliar o local dos estomas intestinais nos indivíduos com marcação e sem marcação do local do estoma, usamos um instrumento de colheita de dados que avalia a posição do estoma no abdómen.

Quadro 3 - Instrumento de colheita de dados

Questionário	
Grupo I Dados sóciodemográficos e de saúde	Idade, o sexo, as habilitações literárias, a profissão, residência, tipo de ostomia, tempo de permanência da ostomia, data da cirurgia e complicações da ostomia.
Grupo 2 Qualidade de vida e auto-eficácia	Índice de qualidade de vida, instrumento de medição do estado de saúde QLI (quality of life índex): ostomia. Secções: qualidade de vida e auto-eficácia
Grupo 3 Competências no autocuidado da ostomia	Grelha de observação, desenvolvida por Bastos (2006)
Grupo 4 Marcação do local do estoma	Instrumento de recolha de dados da posição da ostomia no abdómen (Garcia *et al*, 2008)

Neste estudo, foi preocupação conduzir a investigação com respeito pela dignidade e bem-estar dos participantes (Ribeiro, 1999), foi elaborado um consentimento informado, obtida autorização da comissão de ética da instituição e salvaguardada a confidencialidade.

Para a análise das relações entre as variáveis em estudo, recorremos a testes de significância estatística, tendo como referência o nível de significância de 5%. Para uma primeira análise dos resultados obtidos para cada uma das variáveis, realizamos uma análise descritiva de cada um dos itens, recorrendo aos valores das medidas de tendência central e algumas medidas de dispersão. Quando se tratavam de variáveis nominais, foi utilizado o teste de qui-quadrado, tendo por base os considerandos teóricos para a sua utilização e porque a distribuição não se mostrou normal (Pestana e Gageiro, 2008). Para a comparação entre as médias dos grupos, em variáveis contínuas, usamos o teste de Mann-Whitney, (Pestana e Gageiro, 2008). Para variáveis contínuas com mais de duas categorias, na comparação entre médias, utilizamos o teste de Kruskal-Wallis, (Pestana e Gageiro, 2008). Para a comparação entre variáveis contínuas usamos o coeficiente de correlação de Spearman, que mede o grau de associação entre as variáveis.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A técnica de marcação do estoma, descrita por diferentes autores (Erwin-Toth, 2003; Santos, Cesaretti, 2005; Slater 2010), indica que os pontos críticos devem ser respeitados ao marcarmos o local do estoma, mantendo uma distância mínima de 5 cm da cicatriz umbilical, da cicatriz cirúrgica, da linha da cintura, da crista ilíaca e do rebordo costal. Pela análise dos resultados apresentados, maioritariamente estas distâncias foram respeitadas, no grupo com marcação prévia do estoma. Contudo verifica-se, no grupo não marcado, alguma prevalência de distâncias fora dos limites esperados, por exemplo, ao nível da linha da cintura (5,3%). Tal facto pode dificultar o uso de roupas, o que poderá alterar a qualidade de vida posteriormente. Encontramos ainda um número significativo de casos que não apresentam as distâncias preconizadas para a cicatriz cirúrgica (17,9%), cicatriz umbilical (7,1%) e linha da cintura (3,6%) no grupo sem marcação prévia do estoma. Este aspecto pode dificultar a aderência dos dispositivos e possibilitar a ocorrência de complicações. Perante estes resultados podemos afirmar que o nosso estudo vai de encontro aos resultados de estudos anteriores (Rideout 1987; Meirelles, Ferraz, 2001; Erwin-Toth, 2003; Santos, Cesaretti, 2005; Slater 2010), que evidenciaram o benefício da cuidadosa marcação do local da ostomia realizada por um enfermeiro estomaterapeuta.

Neste estudo confirmou-se, ainda, que a marcação da ostomia interfere no aparecimento das

complicações imediatas e tardias. Este resultado vai de encontro a outros estudos que relacionam a marcação da ostomia com a menor incidência de complicações (Santos, Cesaretti, 2005). No grupo sem marcação do estoma, a complicação imediata mais frequente é a dermatite peri-estomal. A predominância desta complicação pode relacionar-se com a colocação da ostomia numa localização atípica, sem o benefício da marcação prévia do local do estoma.

Os resultados da percepção das pessoas portadoras de ostomias de eliminação sobre a sua qualidade de vida, avaliados através do IQV, apontam para uma razoável qualidade de vida, apresentando médias elevadas nos domínios do *bem-estar psicológico, bem-estar físico, alimentação* e no índice global. Os domínios que parecem mais afectados são a *dor*, a *imagem corporal*, a *actividade sexual* e a *preocupação social*.

O domínio do *bem-estar psicológico* é aquele que apresenta maior diferença entre os dois grupos (o grupo com marcação apresenta uma média de 72,6 e o grupo sem marcação uma média de 57,9). Este resultado, parece, como outros resultados já apresentados, indicar que a falta de preparação pré-operatória pode dificultar a transição. Um melhor *bem-estar psicológico* parece estar relacionado com uma transição saúde/doença saudável e com o desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas e úteis na sua gestão.

Quando analisamos a relação entre a marcação da ostomia e a qualidade de vida, nos domínios *bem-estar físico* e *bem-estar psicológico*, encontramos uma relação significativa entre a marcação da ostomia e a qualidade de vida (p<0,05). A corroborar estes resultados, Mahjoubi e colaboradores (2010), num estudo quase experimental, sobre a relação entre a qualidade de vida e a marcação do local do local da ostomia, concluíram que a qualidade de vida nos indivíduos com correcta marcação do local do estoma é significativamente maior em diferentes aspectos, ao nível do *bem-estar físico* e *psicológico*.

Mas, a qualidade de vida dos indivíduos portadores de ostomias de eliminação não vai depender unicamente da correcta localização do estoma. Isto para dizermos que, se torna difícil isolar os resultados da intervenção da marcação da ostomia, porque ela é apenas uma das terapêuticas de enfermagem utilizadas nos cuidados de enfermagem do pré-operatório aos portadores de ostomia. No entanto, o pré-operatório sem a intervenção da marcação da ostomia mostra-se insuficiente, como demonstraram outros estudos realizados (Gulbiniene e colaboradores, 2004, citados por Colwell e Gray (2007).

No que concerne à percepção da qualidade de vida em função do sexo, encontramos médias superiores no sexo feminino nos domínios *bem-estar psicológico, bem-estar físico, imagem corporal, actividade sexual* e *preocupação social.* O sexo masculino apresenta médias superiores nos domínios da *dor, alimentação* e *como enfrenta a situação*.

A percepção da *imagem corporal* aparece mais afectada para os homens, o que contraria a teoria, pois maioritariamente os estudos reconhecem a alteração da imagem corporal com maior tendência para afectar as mulheres do que os homens (Garcés et al, 1997 cit por Santos, 1999).

Relativamente ao domínio da actividade sexual, encontramos uma média superior no grupo feminino. Neste domínio, o sexo masculino apresenta uma percepção diminuída em relação ao sexo feminino, resultado que confirma a teoria (Bekkers *et al*, 1996; Santos, 1999).

Quando analisamos os resultados da correlação entre a qualidade de vida e a idade do portador de ostomia, encontramos uma correlação positiva, baixa e significativa no domínio *como enfrenta a situação*. Isto mostra-nos que, com o aumento da idade, aumenta também a capacidade para enfrentar a situação. Estes resultados vêm de encontro ao estudo realizado por Norman e colaboradores (2007), que também evidenciou que a idade é um factor que influencia positivamente a qualidade de vida do portador de ostomia.

Relativamente à correlação entre a qualidade de vida e o tempo decorrido após a cirurgia, encontramos um correlação positiva, baixa e muito significativa no índice global da qualidade de vida (p<0,01). A análise destes dados permite-nos inferir que a qualidade de vida parece ser beneficiada com o tempo que vai passando após a intervenção cirúrgica, confirmando a teoria (Santos, 1999).

Na comparação das médias entre a qualidade de vida e as características temporais do estoma, encontramos evidência de uma diferença estatísticamente significativa no domínio do *bem-estar psicológico,* indicando que os indivíduos com um estoma definitivo parecem apresentar uma melhor qualidade de vida. Este resultado vai de encontro ao estudo realizado por Santos (1999).

No que se refere à correlação entre a qualidade de vida e a escolaridade, encontramos uma correlação baixa e negativa, indicando que, quanto menor o nível de escolaridade mais a percepção da imagem corporal fica comprometida.

De salientar ainda que a percepção da amostra global sobre a auto-eficiência foi razoável. Quando analisamos a percepção da amostra global em relação à auto-eficácia encontramos, no domínio da *ajuda e assistência,* uma média de 91,1, que representa uma muito boa percepção a este nível. Os cuidados de enfermagem parecem assim, possibilitar ao portador de ostomia, um recurso excelente na satisfação das suas necessidades. Norman e colaboradores (2007), referem-no como um dos aspectos mais importantes em todo o processo de aceitação do estado de saúde e qualidade de vida. Quando analisamos a percepção da auto-eficácia nos dois grupos em estudo, não encontramos diferenças estatísticas significativas, ao contrário dos resultados de outros estudos (Rideout,1987; Meirelles, Ferraz, 2001; Slater, 2010). Apesar da estatística inferencial não nos mostrar diferenças significativas, a estatística descritiva permite-nos retirar algumas conclusões. Pela leitura dos resultados podemos verificar que, no grupo com marcação do estoma no pré-operatório, todos os elementos são capazes de realizar o autocuidado, pelo que nenhum dos elementos foi totalmente incapaz de realizar todas as competências específicas avaliadas na grelha de observação.

Esta adaptação positiva dos indivíduos que integram o grupo, com marcação da ostomia, parece promover a adopção de estratégias de coping positivas, avaliando sempre a situação como um desafio e procurando gerir cada vez melhor a sua ostomia.

Ao analisarmos a correlação entre a escolaridade e a auto-eficácia, verificamos uma correlação moderada e positiva no índice global da auto-eficácia, isto é, quanto maior o nível de escolaridade, maior a auto-eficácia no autocuidado. Confirmamos assim, que a auto-eficácia reveste-se, entre outros aspectos, de um papel cognitivo (Santos, 2006; Bekkers, 1996).

A idade parece também ter influenciado a auto-eficácia na nossa amostra, pois encontramos uma correlação moderada, positiva e muito significativa ($p<0,01$). Este resultado confirma a teoria, que indica que, quanto menor a idade, maior a auto-eficácia no autocuidado (Bekkers, 1996). Encontramos, também, uma correlação positiva no domínio da *auto-eficiência*, que poderá estar relacionada com a não presença de patologia osteo-articular e/ou visual nos indivíduos mais jovens o que facilita a auto-eficiência no autocuidado.

De salientar que em ambas as variáveis, *idade* e *escolaridade*, não encontramos diferenças estatísticas significativas no domínio da *ajuda e assistência*, o que poderá ser explicado pelo facto de ambos os grupos frequentarem a consulta de enfermagem de estomaterapia.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros estomaterapeutas, dada a sua formação específica, podem ajudar a preparar os utentes, prestes a ficarem portadores de uma ostomia, para as transições iminentes, promovendo uma qualidade de vida digna do ser humano.

Este estudo contribuiu para um melhor conhecimento sobre a problemática do doente portador de ostomia de eliminação, bem como uma melhor percepção sobre a influência da intervenção dos enfermeiros estomaterapeutas na promoção de transições saúde/doença saudáveis, nos portadores de ostomia. Assim, os cuidados de enfermagem especializados parecem ser um excelente recurso na satisfação de necessidades e sucesso na reabilitação. As intervenções de enfermagem de marcação, avaliação e gestão da ostomia parecem facilitar a reestruturação, favorecendo uma transição saudável.

Com a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, constatamos que o benefício da **cuidadosa marcação do local da ostomia no pré-**

-operatório, sob a orientação de um enfermeiro estomaterapeuta, parece beneficiar a qualidade de vida e a auto-eficácia no autocuidado da ostomia. Verificamos que, no grupo com marcação do estoma no pré-operatório, parece existir uma menor predominância de complicações, uma maior auto-eficácia no autocuidado e uma melhor qualidade de vida nos domínios do *bem-estar psicológico e físico*.

BIBLIOGRAFIA

BECKKERS, M.J.T.M.; VAN KNIPPENBERG, F.C.E.; VAN DEN BORNE, H.W. – *Prospective evaluation of psychosocial adaption to stoma Surgery: the role of self-efficacy,* Psychosomatic medicine, Netherlands, 1996, pp. 183 – 191.

BARBUTTI, R. C. S.; SILVA, M. C. P.; ABREU, M. A. L.– *Ostomia, uma difícil adaptação*, Rev. SBPH, Rio de Janeiro ,Vol. 11, Nº 2, Dez. 2008, pp. 27-39.

BASTOS, A. M. R. – *Saberes e competências da pessoa com ostomia – preparação para o regresso a casa*, Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar, sob a orientação do Prof. Doutor Abel Paiva, Porto, Agosto de 2006.

CESARETTI, I. U. R; DIAS, S. M.– *Estomaterapia: uma especialidade em evolução*, Acta Paul. Enf., Brasil, vol. 15, nº 4, 2002, pp.

COLWELL, J. C; GRAY, M. l. – *Does Preoperative Teaching and Stoma Site Marking Affect Surgical Outcomes in Patients Undergoing Ostomy Surgery?*, J.Wound Ostomy Continence Nurses., Vol.34, N.º5, 2007, p.492-496.

DAVIES, S. – *Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry*, Journal of Advanced Nursing, vol. 6, nº 52, 2005, p.658-671.

ERWIN-TOTH, P. – *Ostomy Pearls, a concise guide to stoma siting, pouching systems, patient education and more*. Advances in skin & Wound care, Vol.16, N.º3, 2003, p.146-152.

GARCIA, S.N., KALINKE, L.P., HEY, A.P., KATO, M. – *Avaliação do processo de demarcação de estomas intestinais em pacientes oncológicos: possibilidades e limitações*. Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, 2008.

HONKALA, S.; BERTERO, C. - *Living with an ostomy: Women's long term experiences,* Nursing Science, Vard I Norden, vol. 29, nº 92, 2009, p. 19–22.

MAHJOUBI B.; GOODARZI K.; MOHMMAD-SADEGHI H. – *Quality of life in stoma patients: appropriate and inappropriate stoma sites*, World journal of surgery, vol 34, nº 1, 2010, pp. 147-52.

MEIRELLES, C. A.; FERRAZ, C. A. - *Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em doentes ostomizados*, Rev. Latino-am Enfermagem, São Paulo, vol. 5, nº9, 2001, pp. 32-38.

MELEIS, A.; SAWYER, L.; IM, E.; MESSIAS; D.; SCHUMACHER, K. – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*, Advances in Nursing Science, vol. 1, nº 23, 2000, pp.12-28.

NORMAN, M.; HARVEY, J.; STEWART, J.; ANDREWS, L.; HILL, A. G.– *The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: a pilot study*, ANZ J. Surg., nº.77 , 2007, pp. 883-885.

ORTIZ, H., RAGUE, J. M.; FOULKES, B. – *Indicaciones y cuidados de los stomas*, Editorial Jims, Barcelona, ISBN 84-7092-320-X, 1994.

RIBEIRO, J. L. P.– *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*, Climepsi Editores, Lisboa, ISBN 972-8449-44-5, 1999.

RIDEOUT, B. W. – *The patient with a ileostomy. Nursing management and patient education,* The nursing clinics of North America, vol. 22, nº 2, ISSN: 0029-6465, 1987, pp. 253-62.

RUST, J. - *Understanding the complexities of the clinical nurse specialist: a focus on stoma sitting*, Gastrointestinal nursing, Inglaterra, vol. 7, nº 4, 2009, pp. 18-26.

SANOBE, H. M.; BARICHELO, E.; ZAGO, M. M. F. – *A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia*, Revista Brasileira de Cancerologia, vol. 3, nº48, 2002, pp. 341-348.

SANTOS, C. S. V. B. - *Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de eliminação*, Dissertação de mestrado em psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, 1999.

SANTOS, V. L. C. G; CESARETTI, I. U. R.– *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*, Atheneu, Brasil, ISBN 85-7379-318-X, 2005.

SANTOS, C. - *Doença oncológica: Representação, coping e qualidade de vida*, Formasau/Esenf SJ, Coimbra, 2006.

SANTOS, C. H. M.; BEZERRA, M. M.; MATOS, F. M.; PARAGUÁSSU, B. R. - *Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma*, Rev Bras Coloproct, Campo Grande, Brasil, vol. 1, nº 27, 2007, pp. 16-19.

SIMMONS, K. L.; BOBB, K.-A.; LILES, L. L. M. ; SMITH, J. A. – *Adjustement to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships* – Journal of advanced Nursing, vol. 6, nº 60, 2007, pp. 627-635.

SLATER, R. C. – *Optimizing patient adjustment to stoma formation: siting and self – management*, Gastrointestinal nursing, vol. 8, nº 10 2010/2011, pp. 21-25.

ZAGONEL, I.P.S. - *O cuidado humano transicional na trajectória de enfermagem*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, vol. 7, n.º 3, 1999, pp. 25-32.

CONTIBUTOS DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Maria Fernanda Bastos [1]
Maria João Oliveira Fernandes [1]

Resumo

A visita pré-operatória de Enfermagem representa um valioso instrumento na prestação de cuidados de excelência ao doente cirúrgico e permite planear a sua assistência de forma personalizada. Constitui um importante elo de comunicação efectiva entre enfermeiro/doente e permite minimizar os factores causadores de stresse, ansiedade e medo que precedem a cirurgia.
A realização da visita pré-operatória através da colheita de dados, entrevistas e questionários, permite identificar as necessidades do doente, inserido num contexto familiar e estabelecer um plano de intervenção dos cuidados planeados e orientados, tendo em atenção os aspectos bio-psico-social e espiritual.
Neste artigo de revisão bibliográfica pretende-se reflectir sobre a visita pré-operatória de Enfermagem e conhecer os benefícios para o doente e família, descritos pela bibliografia nacional e internacional.
A efectivação da visita pré-operatória de Enfermagem permite a prestação de cuidados de excelência ao doente. Esta é reconhecida pelos profissionais e doentes como um benefício e uma mais-valia da fase pré-operatória.

Palavras-chave: Visita pré-operatória; ansiedade; intervenção de enfermagem

Abstract

CONTRIBUTION OF PREOPERATIVE NURSING VISIT.
Abstract – *The preoperative nursing visit represents a valuable tool in providing excellent care to surgical patients and allows planning its assistance in a personalized way. It is an important and effective communication link between nurse/patient and it allows minimizing the factors which cause stress, anxiety and fear prior to surgery.*
The implementation of a preoperative visit by means of data collection, interviews and questionnaires enables to identify the patient needs, inserted in a familiar context and to establish a contingency plan of planned and targeted care, taking into account both bio-psychosocial and spiritual aspects.
This review article aims to reflect on the preoperative nursing visit and understand its benefits, not only for the patient but also to the family. These benefits have been already described both in national and international bibliography.
The preoperative nursing visit will allow nursing staff to provide excellent care to the patient. This is recognized by practitioners and patients as a benefit and an added-value during the preoperative stage.

Keywords: *Preoperative Visit; Anxiety; Nursing Intervention.*

Rececionado em fevereiro 2010. Aceite em setembro 2012.

[1] Licenciatura em Enfermagem. Enfermeira Graduada. Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E. – Unidade Hospitalar de São Sebastião – Santa Maria da Feira. E-mail: m.joaofernandes26@gmail.com

INTRODUÇÃO

A visita pré-operatória de Enfermagem é considerada um recurso essencial de intervenção ao doente cirúrgico. A sua realização permite identificar situações, necessidades, percepções e expectativas do doente.

O doente ao deparar-se com a hospitalização e o tipo de cirurgia a que vai ser submetido reage de forma única e pessoal, daí decorre uma série de reacções fisiológicas e psicológicas ao longo de todo este processo.

Para se detectar o grau de preocupação, ansiedade e medo do doente, torna-se importante a realização da visita pré-operatória de Enfermagem. Estes factores interferem directamente na fisiologia do organismo e são expressos por meio de sintomas físicos e psíquicos tais como: perda de apetite e insónia.

Segundo Souza *et al.,* (2005) o doente cirúrgico apresenta um nível de stresse acrescido no período pré-operatório, independente do grau de complexidade da cirurgia, pela desinformação dos acontecimentos que sucedem em cada uma das fases da cirurgia.

Determinadas intervenções cirúrgicas são encaradas pelos profissionais como simples, mas, para o doente a palavra cirurgia é encarada de forma dramática e leva-o a fazer infinitas reflexões, acompanhada de anseios, dúvidas e medo.

Neste artigo de revisão bibliográfica pretende-se reflectir sobre os contributos da visita pré-operatória de Enfermagem e conhecer os benefícios para o doente e família, descritos pela bibliografia nacional e internacional.

Este estudo foi efectuado electronicamente - OnLine - Google, direccionado para estudos de investigação, dos últimos cinco anos, de revistas indexadas e foram seleccionados nove artigos, que procedem à análise da visita pré-operatória de Enfermagem.

Ao realizar a visita pré-operatória o enfermeiro actua de forma a proporcionar ao doente apoio emocional, atenção e orientações, promovendo a humanização da assistência de Enfermagem perioperatória.

A investigação aliada às Ciências da Saúde, mais concretamente à Enfermagem, é reconhecida como uma forma de ampliar o conhecimento científico, proceder a uma revisão da literatura, definir procedimentos, clarificar e operacionalizar a implementação de boas práticas. Permite ao enfermeiro investigador adquirir conhecimentos, tomar decisões adequadas e inteligentes para prestar cuidados de qualidade ao doente.

Para Fortin (2003) a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos.

As tarefas da investigação devem ser práticas e nem sempre requerem grandes e complexos estudos, elas proporcionam respostas aos problemas quotidianos, contribuem para produzir evidências necessárias e resolver problemas práticos.

ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

A assistência de Enfermagem perioperatória é um processo interactivo que promove e/ou recupera a integridade e a plenitude bio-psico-sócio-espiritual do doente, Grittem *et al*., (2006) consideram que a visita pré-operatória de Enfermagem é primeiro passo para a sistematização dessa assistência. Contempla as três fases do processo cirúrgico: o pré-operatório, o intra-operatório e o pós-operatório.

O processo de Enfermagem é aplicado em todo perioperatório, para garantir a satisfação das necessidades físicas e emocionais do doente, para aumentar a sua capacidade de superar o traumatismo da cirurgia e retornar rapidamente a um estado de bem-estar.

Para o doente cirúrgico a confrontação com a necessidade de hospitalização representa o afastamento do seu quotidiano, da sua família, para um ambiente diferente com rotinas e normas desconhecidas, dai a importância da realização da visita pré-operatória.

O doente relata sentir-se sozinho, desamparado, encontrando ao seu redor só pessoas estranhas,

com quem nem sempre consegue estabelecer comunicação. O enfermeiro também é uma pessoa estranha, com a qual, em alguns casos, o doente poderá ficar inibido em expressar os seus sentimentos e angústias.

A necessidade de uma intervenção cirúrgica, vai desencadear no doente um processo de interrogações que vão alterar o seu estado emocional e várias são as expectativas, sentimentos, emoções que se acentuam no pré-operatório. Este período pode tornar-se angustiante e desencadear ansiedade, medo e stresse, se o seu acompanhamento não se efectuar de forma esclarecida (Grittem *et al*., 2006).

O contacto prévio e em tempo útil, com o enfermeiro que faz parte da equipa cirúrgica pode ajudar, no sentido de fornecer informações, que vão permitir diminuir a sua insegurança e minimizar o seu estado de ansiedade, actuando directamente sob as suas reacções no período perioperatório. Por outro lado, permite ao doente reconhecer no intra-operatório o enfermeiro que procedeu à visita e o esclareceu em relação ao espaço físico e normas que envolvem o Bloco Operatório.

Para Foschiera e Piccoli (2003) a Enfermagem perioperatória tem como principal actuação no processo de trabalho, o cuidar. De forma a proporcionar segurança, para que todos possam crescer, aprender com aquela experiência e sair dela com o mínimo de cicatrizes emocionais, para o bem-estar dos familiares e a recuperação do doente.

Piccoli e Galvão (2005) elaboraram um "roteiro" de colheitas de dados na forma de visita pré-operatória voltado para a identificação dos diagnósticos de Enfermagem no período intra-operatório de doentes submetidos a cirurgia geral.

Procederam à realização de entrevistas a 5 doentes, de acordo com o referencial teórico, do Modelo Conceptual de Levine, que caracteriza o homem como um todo dinâmico, em constante interacção com o ambiente e engloba quatro princípios de conservação: energia, integridade estrutural, integridade pessoal e integridade social.

O Modelo Conceptual de Levine utilizado, possibilitou observar a complexidade que envolve o doente cirúrgico no processo de assistência de Enfermagem perioperatória.

A família é considerada um factor insubstituível na recuperação do doente, garantindo assim, uma troca mútua.

A partir da sistematização da assistência de Enfermagem perioperatória, o enfermeiro pode implementar intervenções fundamentadas em princípios científicos, e a participação do doente e da sua família deve ocorrer do começo ao fim do processo terapêutico.

O estudo de Piccoli e Galvão (2005) levou à compreensão da importância de utilizar este modelo, para fundamentar a sistematização da assistência de Enfermagem que melhor se adeqúe à realidade de cada situação, neste caso, a Enfermagem perioperatória. Ao efectuar-se a visita pré-operatória estabelece-se o primeiro contacto com o doente sendo planeadas e desenvolvidas as acções de Enfermagem, para que se consiga implementar os diagnósticos de Enfermagem. Na sua continuidade são prestados cuidados de qualidade e de excelência ao doente cirúrgico.

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

A visita pré-operatória de Enfermagem é um importante elo de comunicação entre enfermeiro/doente. Permite aos enfermeiros uma assistência organizada, planeada e contínua das necessidades do doente inserido no seu contexto familiar.

A sua realização vai permitir ao doente uma consciencialização e participação na tomada de decisão dos cuidados, direccionados para a sua patologia e tipo de intervenção cirúrgica.

Grittem *et al.,* (2006) consideram a visita pré-operatória uma actividade exclusiva do enfermeiro, que deve considerá-la prioritária, para o profissional conhecer melhor o doente. Para os enfermeiros esta vai permitir minimizar a ansiedade e medo pré- operatório ao doente e garantir a satisfação das suas necessidades no pós-operatório.

De acordo com o estudo de Jorgetto *et al.,* (2004) sobre a análise da importância da visita pré-operatória de Enfermagem, aplicando o instrumento de comunicação escrita proposto por Araújo e Noronha (1995), num hospital Universitário, concluí-

ram que (85,7%), julga ser a visita pré-operatória de Enfermagem importante para o doente cirúrgico. Este é esclarecido quanto ao procedimento anestésico-cirúrgico ao qual se irá submeter e, conhece um dos membros da equipe que o irá receber no Bloco Operatório. Estas atitudes contribuem muito para a diminuição da ansiedade, medo e stresse do doente.

Ao efectuar a visita pré-operatória, o enfermeiro procede à colheita de dados e constata as situações em que o doente se encontra mais apreensivo, uma vez que está inserido num ambiente estranho, com pessoas desconhecidas e dependente dos cuidados dos profissionais que o acompanham.

Para assistir o doente de forma individualizada e eficaz o enfermeiro deve planear a sua intervenção e estabelecer prioridades ao nível pré-operatório, a fim de proporcionar ao doente uma aceitação em todo este processo e uma rápida recuperação.

Se existir a preocupação por parte dos profissionais de Enfermagem, em esclarecer e integrar o doente no plano de tratamento, permite-se optimizar os cuidados, diminuir o stresse e ansiedade, característicos do período pré-operatório.

Souza *et al.,* (2005) utilizaram a Teoria de Betty Neumann, para prevenir e minimizar o stresse no processo cirúrgico, através de um diagrama representativo da prática assistencial e conceitos de Paulo Freire – educação em saúde, com diferentes abordagens: orientação pré-operatória, actividades lúdicas e dinâmica.

Esta teoria preconiza um maior esclarecimento e informação ao doente, onde os momentos de descontracção também são considerados fundamentais no fortalecimento das suas linhas de defesa e, permitiram revelar a importância da atenção prestada pela equipa de Enfermagem ao doente durante a sua hospitalização.

As autoras concluíram, que a visita pré-operatória permite identificar o estado emocional do doente inserido num contexto familiar. Que a participação informada e activa dos vários intervenientes assegura uma ajuda mútua e uma aceitação espontânea no plano de tratamento e na recuperação do doente, uma vez que, este vê-se acompanhado por pessoas com as quais se identifica.

A PERCEPÇÃO DE ENFERMAGEM SOBRE A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Para identificar a percepção dos enfermeiros acerca da importância da visita pré-operatória, estabelecendo-a como primeira etapa da sistematização da assistência de Enfermagem perioperatória, Grittem *et al.,* (2006) realizaram um estudo através da colheita de dados com um questionário a 22 enfermeiras de um Hospital de Ensino.

A amostra era constituída por 17 enfermeiras do Serviço de Internamento Cirúrgico e 5 do Bloco Operatório. Do resultado obtido (31,9%) consideram que a visita pré-operatória deve ser realizada por qualquer enfermeiro; (27,2%) sugerem que a visita deve ser efectuada pelos enfermeiros do Bloco Operatório; (22,8%) entendem ser atribuição do enfermeiro do Serviço de Internamento; (13,6%) consideram-na como função dos enfermeiros do Bloco Operatório e do Serviço de Internamento e (4,5%) referiu ser função de qualquer enfermeiro. Quanto à realização da visita pré-operatória, (36,3%) afirmam que a realizam e (63,7%) não, dados que revelam que a visita não constitui um procedimento de rotina da Instituição.

A realização da visita pré-operatória, pelo enfermeiro do Bloco Operatório ou pelo enfermeiro do Serviço de Internamento, é fundamental para a preparação do doente e contribui para torná-lo menos inseguro.

A visita pré-operatória deve ser instituída como procedimento básico e indispensável, para a avaliação de todos os doentes que se submetem à cirurgia, é proporcionado às enfermeiras subsídios; pois, são reconhecidos inúmeros benefícios na sua realização, objectivando uma assistência de qualidade.

Para identificar o processo de atenção que o enfermeiro realiza durante a visita pré-operatória ao doente cirúrgico e determinar a sua qualidade, Torres e Priego (2008), elaboraram um "Guia de Observação", submetido a um método de Delphi modificado, dirigido ao enfermeiro.

A realização da visita pré-operatória foi efectuada por 16 enfermeiras, das quais: (56%) dos Internamentos e (44%) do Bloco Operatório. Esta não foi realizada a (100%) nas dimensões de qualidade humana e técnica. Assim, a (25%) dos doentes foi

realizada a visita e a (75%) não; foi consultado o processo clínico a (38%) e a (62%) não; a valorização física do doente e verificação da execução de indicadores pré-operatórios foi realizada a (44%) e (56%) não.

A visita pré-operatória realizada pelas enfermeiras não se ajusta na totalidade ao estabelecido no processo de Enfermagem, uma vez que esta, se efectua na sua maioria pelas enfermeiras do Internamento e não pelas enfermeiras do Bloco Operatório.

De acordo com os resultados obtidos, reforça-se o facto da valorização da visita pré-operatória ser efectuada pelo enfermeiro do Bloco Operatório, pois considera que este possui conhecimentos específicos e contextualiza os procedimentos cirúrgicos a que o doente vai ser submetido, cumprindo os protocolos instituídos.

A PERCEPÇÃO DO DOENTE SOBRE A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

O procedimento cirúrgico é um acontecimento que pode ter como significado ameaça à integridade física do doente, interferindo em diversas áreas de sua vida, inclusive no âmbito familiar e social (Foschiera e Piccoli, 2004).

Para as autoras, a quebra do vínculo familiar decorrente da hospitalização pode desencadear outros riscos para o doente, como a dificuldade de encarar o procedimento cirúrgico, solidão e outros problemas, que precisam de ser avaliados para que a assistência de Enfermagem promova o alívio destas necessidades.

O sucesso da assistência de Enfermagem baseia-se nas medidas utilizadas para influenciar o doente a enfrentar as situações e os problemas que vivencia e muitas vezes, estes são evidenciados pelo comportamento do doente.

Foschiera e Piccoli (2004) basearam-se na Teoria de Enfermagem Ida Jean Orlando (1978), que compreende três momentos: comportamento do doente, a reacção do enfermeiro perante a situação e as acções de Enfermagem a ser realizadas, que constituem o processo de Enfermagem. Com base na investigação sustentada por esta teoria, enfatizando os factores sociais e emocionais, num estudo realizado a 20 doentes, obtiveram-se como diagnósticos de Enfermagem: processos familiares interrompidos e interacção social prejudicada (90%), conhecimento deficiente e ansiedade (85%), sentimento de pesar antecipado e síndrome de stresse causado pela mudança de ambiente (50%), medo (30%) e risco de solidão (25%).

As autoras concluíram que permitindo a participação da família em todo o processo de hospitalização do doente, garante a sua recuperação e uma ajuda mútua.

A preparação psicológica que oferece a visita pré-operatória tem grande influência no estado emocional do doente. A ansiedade é considerada um sentimento vago, desconfortável cuja causa é frequentemente pouco explícita e desconhecida para o doente.

Barbosa e Radomile (2006) para conhecer e determinar a incidência e o nível de ansiedade pré-operatória, realizaram um estudo descritivo e de observação a 500 doentes submetidos a cirurgia electiva.

Estes conceitos foram avaliados mediante a aplicação de uma escala visual analógica, durante o período pré-operatório, 24 horas antes da cirurgia e foi predominante nos doentes do sexo feminino, em torno dos 40 anos e com nível socioeconómico médio, em que (35%) manifestaram medo do ambiente hospitalar, (33%) da cirurgia, (45%) da anestesia e por desconhecer o tipo de cirurgia que iam realizar e (47%) desconheciam o cirurgião. A equipe multidisciplinar deve oferecer orientação e informação suficiente ao doente.

Para verificar se existem sentimentos e ansiedades comuns entre os doentes que se irão submeter a cirurgia e compreender quais as dúvidas e as fantasias mais comuns, Fighera e Viero (2005) num estudo fenomenológico a doentes adultos, através de entrevistas abertas, aferiram que o medo do desconhecido é a principal causa da insegurança e da ansiedade.

As fantasias vivenciadas mais frequentes são em relação à anestesia e à recuperação. As experiências negativas em relação ao procedimento cirúrgico ou à recuperação do doente tendem a aumentar a sua ansiedade, devido ao medo de que o processo se repita, podendo interferir na sua vivência.

Prá e Piccoli (2004) para identificar os diagnósticos de Enfermagem a 20 doentes, submetidos a cirurgia oncológica, de acordo com o referencial teórico da Teoria de Enfermagem de Ida Jean Orlando, identificaram (46%) dos diagnósticos de Enfermagem, onde: (95%) existia risco da função respiratória alterada e (90%) risco de infecção.

A realização da visita pré-operatória de Enfermagem, permite identificar situações e detectar problemas que o doente possa apresentar. Pode ajudar a prevenir possíveis complicações no intra-operatório, durante a realização da intervenção cirúrgica. É uma das formas de se estabelecer um vínculo entre o doente e a equipa cirúrgica, minimizando a sua ansiedade e dúvidas.

DIFICULDADES EM REALIZAR A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Nas Instituições apesar de se reconhecer a importância da visita pré-operatória de Enfermagem, verifica-se que esta não é realizada pelos enfermeiros do Bloco Operatório, privando o doente de reconhecer um dos elementos que constitui a equipa cirúrgica.

A sua execução implica custos e uma dinâmica na gestão dos serviços e recursos humanos estruturada e direccionada, para que esta se torne uma realidade. Na maioria das Instituições, a direcção hospitalar não considera a visita pré-operatória uma actividade integrante da prestação de cuidados de Enfermagem, escusa-se da responsabilidade e participação nesta actividade.

Os enfermeiros de Bloco Operatório não têm efectivamente tempo contemplado, dentro do seu horário de trabalho, para efectuar a visita pré-operatória.

Considera-se a realização da visita pré-operatória pelo enfermeiro do Bloco Operatório, uma intervenção de Enfermagem que se revela necessária para o bem-estar do doente e família.

CONCLUSÃO

A visita pré-operatória de Enfermagem é uma actividade autónoma do enfermeiro perioperatório, que visa a individualização e humanização dos cuidados prestados ao doente, apoiando-o psicologicamente de forma a conseguir lidar com a sua ansiedade, medo e insegurança.

Apesar de algumas intervenções cirúrgicas serem consideradas de menor risco pelos profissionais, a cirurgia é sempre uma experiência com uma conotação dramática para o doente e família. Ao proceder-se a um esclarecimento de todo este processo, pode-se possibilitar que este momento se torne uma experiência positiva.

Com base nos estudos consultados, valorizamos a importância do acompanhamento do doente inserido no seu contexto familiar em todo o processo de hospitalização.

A visita pré-operatória de Enfermagem deve ser efectuada pelo enfermeiro, seja do Serviço de Internamento ou do Bloco Operatório, o importante é que esta se realize, pois permite que o doente se integre e coopere em todo o processo perioperatório.

Se a sua realização for efectuada pelo enfermeiro do Bloco Operatório, possibilita ao doente reconhecer o profissional que faz parte da equipa cirúrgica, com o qual já estabeleceu o primeiro contacto e que o vai acolher no Serviço, atenuando a sua ansiedade e stresse no intra-operatório.

Os enfermeiros podem intervir activamente e ajudar o doente no seu processo de consciencialização, integrando-o nos procedimentos. Ao participarem na tomada de decisão respeitante aos cuidados que lhe são prestados, proporciona-se uma sensação de segurança e, permite-se ao doente progredir positivamente na sua recuperação no pós-operatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, V.; RADOMILE, M. (2006) - Ansiedade Pré-operatória no Hospital Geral. OnLine em <http://susanaala-my.sites.uol.com.br/psicopio_n3_45.pdf>

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. (2005) - Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. OnLine em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200005&lng=pt&nrm=>

FORTIN, M-F. (2003) - O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência. 3ª Edição. ISBN 972-8383-10-X. p.74.

FOSCHIERA, F.; PICCOLI, M. (2004) - Enfermagem Perioperatória: diagnósticos de enfermagem emocionais e sociais na visita pré-operatória fundamentados na Teoria de Ida Jean Orlando. OnLine em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5413/3472>

GRITTEM, L. et al (2006) - Visita Pré-operatória de Enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. OnLine em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/7311/5243>

JORGETTO, G. et al (2004) - Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a óptica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004.* OnLine *em* <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig8_visita.pdf>

PICCOLI, M.; GALVÃO, C. (2005) - Visita Pré-operatória de Enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 366 - 372, 2005. OnLine em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/897/1086>

PRÁ, L. A.; PICCOLI, M. (2004) - Enfermagem Perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na Teoria de Ida Jean Orlando. OnLine em <http:// www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/sumario.html>

SOUZA, A. et al (2005) - Orientação Pré-operatória ao Cliente - uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 02, p. 215 - 220, 2005. OnLine em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/879/1050>

TORRES, J. D.; PRIEGO, Á. H. R. (2008) - Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. OnLine em <http://www.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2008_ene_abr/04%20calidad%20de%20la%20visita.pdf

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADOS.

Caracterização dos prestadores de cuidados

Olga Lopes Ribeiro [1]
Candida Santos Pinto [2]
Susana Santos Regadas [3]

Resumo

Introdução: A longevidade associada ao aumento de doenças crónicas e degenerativas tem elevado o número de dependentes no autocuidado no contexto domiciliário. Inerente a esta problemática, surge o prestador de cuidados que assume a responsabilidade de cuidar da pessoa dependente. Este deve ser alvo de cuidados por parte dos profissionais de saúde, principalmente dos profissionais de enfermagem. Assim, foi objetivo deste estudo descrever a caracterização sociodemográfica dos prestadores de cuidados de pessoas dependentes de um concelho do norte de Portugal.
Material e métodos: Num estudo de perfil quantitativo, exploratório, descritivo-correlacional e, recorrendo a uma técnica de amostragem probabilística, aleatória, estratificada e proporcional, foram identificadas, 2126 famílias clássicas, das quais 248 integravam pessoas dependentes. Dessas, 241 famílias participaram na investigação.
Resultados: O perfil sociodemográfico dos prestadores de cuidados veicula uma realidade social. É maioritariamente uma pessoa do género feminino (filha ou cônjuge), com uma média etária superior aos 50 anos, predominantemente doméstica ou reformada, com um nível de escolaridade baixo e a coabitar com o dependente.
Conclusão: Conhecer o perfil dos prestadores de cuidados assume particular relevância para a enfermagem, pois pode contribuir para o planeamento de cuidados consentâneos com as necessidades da unidade familiar.

Palavras-chave: Dependência; Família; Prestador de cuidados; Enfermagem

Abstract

Families with members who are dependent on self-care. Characteristics of the care providers.
Introduction: Longevity associated to the increase in chronic and degenerative illnesses has raised the number of people dependent on self-care within a home setting. Inherent to this whole issue is the care provider who takes on the responsibility of caring for the dependent person who ought to be cared for by health professionals, mainly nursing professionals. Therefore, the aim of this study was to describe the socio-demographic characterization of those who take care of dependent people in a specific region in the North of Portugal.
Material and methods: In a study of a quantitative, exploratory and descriptive correlation nature, and using a random, stratified and proportional probabilistic sampling technique, 2126 classic families were identified. 248 of them were found to have dependent members and 241 of these families took part in this research.
Results: The socio-demographic profile of the care providers depicts their social reality. The care providers are mostly female (the daughter or the wife), with an average age of 50. They are predominantly housewives or retired, with a low level of education and they live with the dependent person.
Conclusion: Knowing the profile of the care providers is of particular importance to nursing as it can be an important contribution when planning the care best suited to the needs of the family unit.

Keywords: *Dependency; Family; Care provider; Nursing.*

Rececionado em março 2012. Aceite em setembro 2012.

[1] Enfermeira Especialista de Reabilitação, CH S. João, Hospital S. João, Assistente 2º Triénio ESSE Sta Maria, Porto. E-mail: olgaribeiro25@hotmail.com
[2] Enfermeira Especialista S. I. e Pediátrica, Professora Coordenadora, ESE Porto.
[3] Enfermeira Especialista MC, ACES Tâmega III, Assistente Convidada ESE Porto.

INTRODUÇÃO

A evolução social e científica verificada, ao longo das últimas décadas, têm resultado num aumento da esperança média de vida e, concomitantemente, numa maior prevalência de doenças crónicas, fatores que se têm traduzido num aumento significativo de pessoas em situação de dependência. Atendendo que a dependência inerente ao envelhecimento e à doença crónica assume, normalmente, um caráter definitivo e permanente, cresce a exigência real e potencial de cuidados, por longos períodos de tempo e cresce também a possibilidade de as famílias serem solicitadas a desempenhar o papel de prestador de cuidados. Na perspetiva de Campos (2008, p.38) "*cuidar de alguém que, repentina ou progressivamente, fica dependente, estando incapaz de realizar as actividades do dia-a-dia que sempre desempenhou, envolve um grande desafio pessoal e familiar*", pois as pessoas envolvidas veem-se obrigadas a assumir a responsabilidade pelas atividades de tomar conta do familiar dependente. Mesmo que temporariamente, a assunção deste novo papel é vista como uma fonte de stresse, pois, para além dos seus papéis habituais, o membro da família tem que desempenhar o papel de prestador de cuidados (Campos et al., 2010). O referido justifica que os enfermeiros, no desempenho do seu mandato social, identifiquem e caracterizem as pessoas dependentes, mas também os prestadores de cuidados, de forma a implementarem intervenções específicas e coerentes com as necessidades individuais e familiares.

Apesar de esta investigação integrar um projeto mais amplo, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem (Ribeiro, 2011), importa referir que no contexto deste artigo, focamos a nossa atenção nos prestadores de cuidados.

FUNDAMENTAÇÃO

No contexto atual, em que as políticas nacionais se encaminham para a manutenção das pessoas dependentes no seu domicílio, o cuidado prestado pela família assume particular relevância. Na verdade, com as dificuldades do sistema de saúde e de proteção social em dar resposta a todas as necessidades de cuidados da população, foi atribuída às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos seus membros em situação de doença e/ou dependência (Araújo, 2010). "*Este apelo à solidariedade familiar acabou por desencadear nos países ocidentais o desenvolvimento de algumas medidas políticas tendentes, senão à desinstitucionalização, pelo menos à institucionalização o mais tardia possível (...) e só quando considerada necessária*" (Lage, 2007, p.76). O problema é que, atualmente, assistimos a uma política de cuidados de saúde, fundamentalmente direcionada para a doença e seu tratamento, ou seja, muito focada no modelo biomédico, *"em que se preconizam internamentos hospitalares cada vez mais curtos, não havendo espaço para uma recuperação total da pessoa dependente"* (Petronilho, 2007, p.43). O que se verifica é que, desde que não necessitem de intervenções médicas e requeiram unicamente cuidados de enfermagem, a resposta mais frequente é a alta clínica com programação de cuidados domiciliários (Araújo, 2010). Assim, frequentemente, *"as pessoas deixam o hospital com uma condição de saúde, face ao grau de dependência, mais agravada que a anterior ao episódio de internamento"* (Petronilho, 2007, p.44). Para além disso, a referida política de cuidados dificulta o processo de adaptação da família, que, não raras vezes, se vê obrigada a assumir um papel demasiado complexo, em contextos em que tudo acontece muito rapidamente, em que não há o tempo necessário para uma aprendizagem de capacidades adequada ao exercício do novo papel (Petronilho, 2007). A exacerbar tudo isto, sabemos que a estrutura familiar sofreu profundas alterações na sociedade contemporânea, sobretudo com a diminuição do tamanho do agregado familiar, com o aumento generalizado do número de divórcios, com a maior mobilidade geográfica dos elementos e com a entrada da mulher no mundo laboral, reduzindo assim o tempo e número de pessoas disponíveis para cuidar de um membro em situação de dependência (Figueiredo, 2007; Petronilho, 2007; Imaginário, 2008).

Perante o panorama atual, são grandes os desafios que se colocam às famílias, pois o facto de um membro da família iniciar um processo de dependência, altera a dinâmica familiar, acarretando uma mudança de papéis, gerando impacto negativo na economia familiar, na saúde e qualidade de vida dos seus membros que, vivenciam em simultâneo um processo de transição, com necessidade do exercício de um novo papel (Petronilho, 2007; Andrade, 2010).

É sobejamente conhecido que a prestação de cuidados familiares à pessoa dependente cabe, na maioria das situações, aos membros da família mais próximos (Petronilho, 2007). Cuidar um familiar dependente é uma experiência que obriga as famílias a definir e redefinir as relações, obrigações e capacidades, acontecendo frequentemente haver dificuldade em chegar a um acordo, no que diz respeito à contribuição de cada um dos membros nos cuidados à pessoa dependente, podendo, por isso, constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para o membro mais diretamente envolvido e para toda a família. Aparentemente, a escolha da pessoa para desempenhar o papel de prestador de cuidados dependerá da experiência de vida e da estrutura das relações familiares. Diferentes pessoas estão estruturalmente situadas em melhores condições do que outras, para assumir o desempenho de determinados papéis. Importa referir que, normalmente, a escolha recai sobre o membro que tem menos a perder com o papel a desempenhar (Figueiredo, 2007). Certo é que, no contexto familiar, embora o dependente esteja a cargo da família, a função de cuidar tende a ser assumida por uma única pessoa, quase sempre do sexo feminino. Neste sentido, embora a família partilhe tarefas, há um elemento que se assume como o membro da família prestador de cuidados, não só associado à carga de trabalho, mas também à intensidade da relação que estabelece com a pessoa cuidada (Campos, 2008). Um dos principais motivos que leva a que os membros da família prestadores de cuidados sejam maioritariamente mulheres (esposa, filhas ou noras), tem a ver *" (...) com a educação recebida e com a construção social das funções da mulher"* (Imaginário, 2008, p.77).

Quando um membro da família assume o papel de *tomar conta,* fá-lo também em função de várias razões. As premissas subjacentes à assunção e continuação da prestação de cuidados a um familiar dependente constituem um domínio complexo que envolve uma amálgama de razões, que podem ser agrupadas em diferentes categorias: a normativa (dever/pressão social e o dever moral), a afetiva (o amor e a ternura), o afastamento/recusa da institucionalização, a económica/financeira (dificuldade em suportar a mensalidade exigida por uma instituição), a coabitação/proximidade geográfica e a combinação entre motivos relacionais e individuais (Figueiredo, 2007; Pereira, 2008; Andrade, 2009; Oliveira, 2009; Araújo, 2009; Monteiro, 2010). Figueiredo (2007, p.106) refere que *"a maioria dos cuidadores prestam ajuda porque crêem que é essa a sua obrigação"*. Trata-se de cumprir com as funções básicas da família, entre elas a função de saúde, que consiste em proteger a saúde dos seus membros e proporcionar cuidados quando eles necessitam.

Santos (2008) refere que os cuidados prestados ao dependente diferem, de acordo com vários fatores, nomeadamente grau e tipo de dependência, tipo de coabitação, situação socioeconómica familiar, apoio intra e extra familiar, podendo ir, na perspetiva de Andrade (2010), desde o acompanhamento até à administração de medicação e à prestação direta de cuidados quase profissionais. Segundo José e Wall (2002), ter a responsabilidade de prestar cuidados a uma pessoa com um baixo grau de dependência é significativamente diferente de ter a responsabilidade de prestar cuidados a outra com um elevado grau de dependência. É diferente, porque as exigências colocadas aos cuidadores são diferentes, ou seja, as necessidades manifestadas pela pessoa altamente dependente não são da mesma natureza das manifestadas por outra com um baixo grau de dependência. Isto quer dizer que diferentes necessidades "exigem" diferentes cuidados. A verdade é que, cuidar de uma pessoa dependente transcende a simples execução de procedimentos técnicos, destacando-se a dimensão sentimental ou emocional do cuidado familiar (Andrade, 2009). É um facto que os membros da família a viverem a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados

sintam sobrecarga emocional, económica e ocupacional. Esta sobrecarga pode levar ao declínio da condição do dependente, o que explica o significativo número de pessoas dependentes que recorrem ao serviço de urgência e que são (re)internadas (Campos *et al.*, 2010; Petronilho, 2010), por fenómenos que traduzem uma prestação de cuidados menos adequada, de que são exemplo: desidratação, desnutrição, aspiração, rigidez articular, úlceras de pressão e quedas (Silva, 2007). Não querendo justificar a referida situação, Araújo (2010) lembra que o papel de cuidador é aprendido ao longo da vida essencialmente por experiências vividas ou observadas. O conhecimento e a capacidade para a prestação de cuidados são construídos na prática diária destes cuidadores, muitas vezes por tentativa e erro, por iniciativa ou por observação. "*O acto de cuidar é extensivo, incorporado às demais funções e papéis familiares aprendidos no convívio de cuidar com outras situações similares, na sua família ou noutras famílias, amigos ou vizinhos do seu grupo sociocultural*" (Araújo, 2010, p.258). Na perspetiva da autora, este facto faz sobressair uma lacuna grave dos cuidados de saúde e, especificamente, das funções dos profissionais de enfermagem, exigindo, simultaneamente, programas de intervenção estruturados com a pessoa dependente e respetiva família, no sentido de ir ao encontro das necessidades de ambos, durante os processos de transição.

O modo de ensinar, instruir, treinar e orientar o prestador de cuidados tem que ter subjacente o seu perfil sociodemográfico, a fim de potenciar por parte desse a aquisição de conhecimentos e capacidades condutores do sentido de mestria.

MATERIAL E MÉTODOS

Com o objetivo de identificar um sistema social particular: *famílias clássicas que integravam pessoas dependentes no autocuidado*, planeámos um estudo de perfil quantitativo, exploratório, descritivo-correlacional e transversal. O contexto da investigação foi o concelho de Paços de Ferreira, subdividido em 16 freguesias. Atendendo à impossibilidade de estudar a totalidade da população, recorremos a uma técnica de amostragem probabilística, aleatória, estratificada e proporcional. Em consonância com esta última característica, o número de famílias selecionadas em cada freguesia foi proporcional ao número total de famílias do concelho de Paços de Ferreira. Para conhecer a distribuição geográfica das famílias, em cada freguesia, recorremos à Base Geográfica de Referenciação de Informação e, para a seleção geográfica aleatória estratificada de subsecções territoriais, onde se encontravam as famílias a amostrar, de acordo com a dimensão pretendida em cada freguesia, usámos um Sistema de Informação Geográfico, o *Quantum GIS*. Importa mencionar que o conceito de famílias clássicas é o definido pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010), segundo o qual a família clássica inclui a pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de um alojamento, ou, o conjunto de pessoas que habitam no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco de direito ou de facto entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento.

Como instrumentos de colheita de dados, foram usados os formulários *"Famílias que integram Dependentes no Autocuidado"* (Duque, 2009), constituídos por duas partes: Parte I – Inquérito Preliminar e Parte II – Formulário PCD (Prestador de Cuidados do Dependente). A colheita de dados foi realizada nos domicílios das famílias clássicas residentes no concelho de Paços de Ferreira, entre os meses de Outubro e Dezembro de 2010. Considerando os princípios definidos para a recolha de dados, os formulários foram, preferencialmente, aplicados aos membros da família prestadores de cuidados. Para além de terem sido cumpridos os princípios éticos e legais, a realização desta investigação foi do conhecimento da Comissão de Proteção de Dados.

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizámos o programa informático de estatística, SPSS® versão 19.0.

RESULTADOS

Cuidar de pessoas dependentes constitui uma situação frequente para muitas famílias, pelo facto de terem uma responsabilidade culturalmente definida ou um vínculo afetivo. Para além

disso, as alterações demográficas a que temos assistido, a par daquilo que têm sido as alterações nas novas políticas de cuidados de saúde, concorrem para um número crescente de dependentes no domicílio. Nesta investigação, com base numa abordagem do tipo "porta a porta", guiada pelo plano de amostragem já definido, encontrámos 2126 famílias. Das 2115 famílias que aceitaram responder ao inquérito preliminar, 248 integravam pessoas dependentes. Dessas 248 famílias, 7 recusaram participar na investigação. Por esse motivo, ficámos com uma amostra de 241 famílias que integravam dependentes no autocuidado.

As pessoas dependentes nestas famílias eram maioritariamente do género feminino, com uma média etária superior aos 65 anos, sendo que mais de 30% tinham idade igual ou superior a 80 anos (Ribeiro, 2011). A isto está inerente que a situação que conduziu à dependência foi o envelhecimento e a doença crónica, dada a sinergia entre estas duas variáveis. Daqui se infere que, na maioria das situações, se torna expectável a progressão do grau de dependência com inerente sobrecarga para o prestador de cuidados, sendo que a aquisição de conhecimentos e capacidades têm que ser contínuas, face às exigências que se configuram com a mudança da condição de saúde da pessoa dependente.

Relativamente à tipologia das famílias que integravam os dependentes, sobressaíram as famílias com um núcleo (61,9%), seguidas das famílias com dois núcleos (21,2%). É de destacar um número significativo de famílias sem núcleo (16,5%) e apenas uma família com 3 núcleos.

Em relação aos prestadores de cuidados informais, em consonância com a literatura, podem existir dois tipos: o principal e o secundário, assim distinguidos, de acordo com o grau de envolvimento nos cuidados prestados. Apesar de esta distinção não ser consensual em todos os estudos, quando existe, o prestador de cuidados principal é quem detém a responsabilidade pela maior parte dos cuidados prestados ao dependente, e os prestadores de cuidados secundários são aqueles que prestam cuidados complementares, em menor proporção, servindo de apoio ao prestador de cuidados principal, podendo existir vários prestadores de cuidados secundários para a mesma pessoa dependente (Figueiredo, 2007; Lage, 2007; Pereira, 2008; Oliveira, 2009; Monteiro, 2010). Em ambas as situações, investigações anteriores demonstraram que os prestadores de cuidados são maioritariamente familiares (Pereira, 2008; Imaginário, 2008; Ricarte, 2009).

Neste estudo, aquando da colheita de dados, constatámos a existência de situações em que os cuidados à pessoa dependente eram "partilhados" por dois prestadores, sem que algum deles se assumisse como principal ou secundário (Ribeiro, 2011). Assim, nas situações em que existiam dois prestadores de cuidados foram identificados dois perfis – o perfil 1 e o perfil 2. A amostra foi constituída por 241 prestadores de cuidados do perfil 1 e 32 prestadores de cuidados do perfil 2.

Ao analisarmos a caracterização sociodemográfica dos prestadores de cuidados do perfil 1 (tabela 1), constatámos o predomínio do género feminino (89,6%), com idades que variaram entre os 18 e 82 anos, e uma média de 56,3 anos. A maioria dos prestadores de cuidados eram casados ou viviam em união de facto (75,9%) e 14,5% eram solteiros. Relativamente ao nível de escolaridade, verificou-se uma predominância do 1.º ciclo (50,6%) e uma percentagem ainda considerável de prestadores de cuidados (11,2%), sem escolaridade. Quanto à profissão, 33,6% dos prestadores de cuidados eram domésticos, 21,2% pensionistas/reformados e 9,1% desempregados. Estes resultados revelam que uma elevada percentagem de prestadores de cuidados (63,9%) não apresentavam uma atividade profissional ativa. No que se refere ao grau de parentesco com a pessoa dependente, os prestadores de cuidados eram, na sua maioria, filhos (42,7%), cônjuges (27,8%) e pais (16,2%). Apenas 2,5% dos prestadores não tinham qualquer grau de parentesco com a pessoa dependente. Verificou-se ainda, que uma elevada percentagem de prestadores de cuidados (89,4%) coabitavam com a pessoa dependente.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos prestadores de cuidados (Perfil 1)

Variáveis em estudo	**n**	**%**
Sexo		
Feminino	216	89,6
Masculino	25	10,4
Total	**241**	**100**
Estado civil		
Casado/União de facto	183	75,9
Solteiro	35	14,5
Viúvo	15	6,2
Divorciado	8	3,3
Total	**241**	**100**
Nacionalidade		
Portuguesa	241	100,0
Não Portuguesa	-	-
Total	**241**	**100**
Nível de escolaridade		
Nenhum	27	11,2
Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	122	50,6
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	36	14,9
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	27	11,2
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	16	6,6
Ensino superior	13	5,4
Total	**241**	**100**
Profissão		
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	7	2,9
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	9	3,7
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	0,8
Pessoal administrativo e similares	13	5,4
Pessoal dos serviços e vendedores	13	5,4
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	1	0,4
Operários, artificies e trabalhadores similares	25	10,4
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	5	2,1
Trabalhadores não qualificados	10	4,1
Doméstico	81	33,6
Desempregado	22	9,1
Pensionista / Reformado	51	21,2
Outra	2	0,8
Total	**241**	**100**
Parentesco		
Marido / Esposa	67	27,8
Pai/Mãe	39	16,2
Filho/Filha	103	42,7
Irmão/Irmã	10	4,1
Afinidade (nora; padrasto; cunhado)	10	4,1
Sem grau de parentesco	6	2,5
Outra	6	2,5
Total	**241**	**100**
Coabitação com a pessoa dependente		
Sim	193	89,4
Não	48	10,6
Total	**241**	**100**

Por sua vez, dos 32 prestadores de cuidados do perfil 2 (tabela 2), 56,3% pertenciam ao género feminino, com idades que variaram entre os 26 e 89 anos, e uma média de 54,6 anos. A maioria dos prestadores de cuidados eram casados ou viviam em união de facto (87,5%). Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se uma predominância do 1.º ciclo (41,9%), estando os demais prestadores de cuidados distribuídos pelos outros níveis de ensino. Em termos profissionais, 28,1% dos prestadores de cuidados eram pensionistas/reformados e 15,6% vendedores. Tal como no perfil anterior, apresentaram um grau de parentesco com a pessoa dependente, sendo que, em termos percentuais,

34,4% eram pais, 21,9% cônjuges e 21,9% filhos. Constatou-se que 71,9% dos prestadores de cuidados coabitavam com a pessoa dependente.

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos prestadores de cuidados (Perfil 2)

Variáveis em estudo	n	%
Sexo		
Feminino	18	56,3
Masculino	14	43,7
Total	**32**	**100**
Estado civil		
Casado/União de facto	28	87,5
Solteiro	3	9,4
Viúvo	1	3,1
Divorciado	-	-
Total	**32**	**100**
Nacionalidade		
Portuguesa	32	100,0
Não Portuguesa	-	-
Total	**32**	**100**
Nível de escolaridade		
Nenhum	2	6,5
Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	13	41,9
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	7	22,6
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	4	12,9
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	2	6,5
Ensino superior	3	9,7
Total	**31**	**100**
Profissão		
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	3,1
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2	6,3
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	3,1
Pessoal administrativo e similares	3	9,4
Pessoal dos serviços e vendedores	5	15,6
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	1	3,1
Operários, artifícies e trabalhadores similares	2	6,3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	3,1
Trabalhadores não qualificados	2	6,3
Doméstico	3	9,4
Desempregado	2	6,3
Pensionista / Reformado	9	28,1
Total	**32**	**100**
Parentesco		
Marido / Esposa	7	21,9
Pai/Mãe	11	34,4
Filho/Filha	7	21,9
Irmão/Irmã	1	3,1
Afinidade (nora; padrasto; cunhado)	4	12,5
Sem grau de parentesco	1	3,1
Outra	1	3,1
Total	**32**	**100**
Coabitação com a pessoa dependente		
Sim	23	71,9
Não	9	28,1
Total	**32**	**100**

DISCUSSÃO

A existência de pessoas com grau variável de dependência no autocuidado é uma realidade incontornável nas sociedades contemporâneas. Como fatores concorrentes para esta realidade, destacamos o envelhecimento a que está associado a coexistência de morbilidade, decorrente do processo de senescência e das doenças crónicas. Por sua vez, as situações de cronicidade são também mais frequentes em todas as faixas etárias, fruto da evolução das ciências médicas que permitem atualmente sobreviver a muitas situações a que há umas décadas atrás se sucumbia. Disso é exemplo a sobrevida de grandes prematuros, ou de crianças com problemas neurológicos que perpetuam a sua necessidade de ser cuidados por outro. Isto configura necessariamente novos cenários em termos de necessidades de saúde, sendo que a permanência no meio familiar e social, em continuada interação com as pessoas que lhe são mais próximas, é considerado o cenário ideal para a pessoa dependente no autocuidado (Andrade, 2010; Araújo, 2010; Pinto *et al.*, 2010).

No nosso estudo, as pessoas dependentes encontravam-se inseridas, maioritariamente, em famílias com um núcleo (61,9%) e, algumas, em menor percentagem (21,2%), em famílias com dois núcleos. Aquando da colheita de dados, constatámos que as famílias com um núcleo eram maioritariamente constituídas pela própria pessoa dependente e pelo cônjuge. Araújo (2010), no estudo que realizou, refere que o que ressaltou da análise do agregado familiar foi o facto dos cuidadores e dos idosos viverem juntos e, na sua grande maioria, serem cônjuges. Os dados encontrados estão em consonância com a informação apresentada pelo INE (2011), referente à dimensão e à estrutura familiar. De facto, em termos proporcionais, assiste-se ao aumento da percentagem de famílias de uma só pessoa e de duas pessoas e, em simultâneo, ao decréscimo da proporção de famílias com 4 ou mais pessoas. Infere-se, neste âmbito, que o prestador de cuidados, igualmente idoso, terá dificuldades acrescidas em responder eficazmente às necessidades do familiar dependente, não só por dificuldades na apropriação de conhecimentos e capacidades para cuidar de outro, mas porque, porventura, esse prestador pode já ter limitações funcionais no seu processo de autocuidado.

Apesar da evolução da sociedade contemporânea ter vindo a interferir nos modelos relacionais da família, esta continua a desempenhar uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e no bem-estar dos seus membros, assim como na prevenção de complicações dos que apresentam dependência. Quando um membro da família se encontra numa situação de dependência, a família apoia-o, através da adjudicação de um prestador de cuidados que é aquela pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados. É certo, com base nos nossos resultados, que tomar conta de pessoas dependentes em casa é um fenómeno inscrito no seio dos processos familiares.

Na nossa investigação, o perfil sociodemográfico dos prestadores de cuidados vai ao encontro da evidência científica disponível, no que diz respeito às variáveis género, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão e coabitação. Tradicionalmente, o papel de cuidar tem sido atribuído ao género feminino, facto que se revelou bem evidente entre os prestadores de cuidados de ambos os perfis. Como referem vários autores, apesar do papel de prestador de cuidados ser cada vez mais exercido por sujeitos de ambos os sexos é ainda maioritariamente assumido por mulheres, uma vez que cuidar é secularmente uma atribuição feminina (Pereira, 2008; Andrade, 2009; Ricarte, 2009; Araújo, 2010; Gonçalves, 2010). Relativamente à idade, os resultados também evidenciaram a tendência relatada na literatura e na investigação, de que a maioria dos prestadores de cuidados tem uma média de idades entre os 45 e os 60 anos (Figueiredo, 2007; Pereira, 2008; Grelha, 2009). No que se refere ao estado civil, os resultados do presente estudo são corroborados por investigações anteriormente realizadas, observando-se que a maioria dos prestadores de cuidados são casados ou vivem em união de facto (Figueiredo, 2007; Pereira, 2008; Andrade, 2009; Oliveira, 2009; Gonçalves, 2010). O baixo nível de escolaridade nos prestadores de cuidados é também referenciado nos estudos realizados por Oliveira (2009) e Ricarte (2009). Este baixo nível de literacia expressa a realidade no país, tendo em conta a faixa etária dos prestadores de cuidados. Para além disso e, de acordo com a literatura, o baixo nível de escolaridade pode contribuir para que ao possível prestador de cuidados seja atribuído um tipo de tarefas equiparadas a uma extensão das atividades domésticas (Grelha, 2009). Analisando a idade do prestador de cuidados e a sua escolaridade, facilmente se percebe que, relativamente à profissão, os prestadores de cuidados do nosso estudo, à semelhança do que acontece noutras investigações (Oliveira, 2009; Ricarte, 2009), sejam maioritariamente domésticos ou pensionistas/reformados, o que privilegia a conceção tradicional de cuidar da pessoa dependente em contexto familiar. Na verdade, validando a literatura existente neste âmbito, o facto de os prestadores de cuidados não desempenharem atividade profissional fora de casa permite maior disponibilidade para o apoio aos membros da família dependentes. Quanto ao grau de parentesco, os prestadores de cuidados apresentavam distribuições distintas, que não correspondem na íntegra ao que é defendido pela literatura.

De facto, se analisarmos os dados obtidos, apesar de se registarem prestadores de cuidados com os graus de parentesco cônjuge, filhos e outros familiares, verifica-se que em termos percentuais, não obedecem ao Modelo Hierárquico, que defende a existência de uma ordem na aquisição do papel de prestador de cuidados: cônjuge - filhos - outros familiares - amigos (Figueiredo, 2007; Lage, 2007). Assim, de acordo com a literatura, na maioria das vezes, os cônjuges são os principais prestadores de cuidados. Oliveira (2009) justifica a maior atribuição do papel de prestadores de cuidados aos cônjuges, não apenas pela proximidade afetiva, mas também pelas responsabilidades assumidas no matrimónio, por solidariedade familiar/conjugal (casam para se manterem unidos "na saúde e na doença"), por sentimentos de gratidão e de reciprocidade, para com aquele de quem se cuida e por obediência às normas e padrões socioculturais. Todavia, como afirma Figueiredo (2007), na ausência do cônjuge são os filhos que assumem a responsabilidade pela prestação de cuidados. A mesma autora acrescenta que no caso da inexistência de uma filha, será o filho que assume a responsabilidade de cuidar, mas, habitualmente, acaba por transferi-la para a esposa, neste caso, nora. Nesse sentido, os resultados que encontrámos na nossa investigação podem estar relacionados com o facto de os dependentes serem maioritariamente idosos, constituindo os filhos, nomeadamente as filhas, o elemento preferencial. De facto, a elevada percentagem de filhos que são prestadores de cuidados pode ser explicada pelas características sociodemográficas das pessoas dependentes. Gonçalves (2010), num estudo que realizou com famílias de idosos da quarta idade, constatou que os prestadores de cuidados eram maioritariamente filhas (52%), o que para além de ir ao encontro do nosso estudo, valida a justificação referida. A baixa proporção de irmãos prestadores de cuidados está, em consonância com o defendido por alguns autores, quando referem que, apesar de a maior parte das pessoas encarar os irmãos como potenciais cuidadores, apenas uma pequena percentagem recebe de facto ajuda deles (Andrade, 2009). Importa referir que, no presente estudo, a razão de uma percentagem significativa de prestadores de cuidados ter sido pai/mãe poderá estar relacionada com a existência de dependentes com idade inferior a 18 anos.

Como evidenciámos ao longo deste artigo, as políticas atuais dão cada vez mais ênfase à manutenção das pessoas dependentes no domicílio, como estratégia para a promoção do autocuidado e preservação da sua intimidade e dignidade (Araújo, 2009). Neste sentido, o papel do prestador de cuidados reveste-se de uma importância inquestionável. Importa referir que a proximidade afetiva (grau de parentesco) e física (coabitação) coloca os prestadores de cuidados numa posição privilegiada para o desempenho do papel. Relativamente ao parentesco, é destacado na literatura e, corroborado nesta investigação, o papel dos cônjuges e filhos, associado, muitas vezes, à cumplicidade desenvolvida ao longo das relações afetivas, bem como ao dever e obrigação de cuidar (Lage, 2007). Para os filhos, cuidar representa retribuir sentimentalmente a quem, de alguma forma, também cuidou deles, e a quem se dedica um afeto profundo ou o cumprimento de um "dever moral" (Santos, 2008; Araújo, 2009; Monteiro, 2010).

Devido essencialmente à exigência do cuidar da pessoa dependente, a coabitação é uma situação frequente, uma vez que facilita a provisão dos cuidados. No entanto, viver na mesma casa que a pessoa dependente pode ser causa ou consequência da ajuda prestada. De acordo com alguns autores, a coabitação é mais evidente quando se trata de cônjuges e, mais frequente, entre os descendentes quando a pessoa de quem cuidam apresenta um elevado grau de dependência (Grelha, 2009; Monteiro, 2010), facto que confirmámos nesta investigação.

Também a nível profissional, a exigência de *tomar conta* pode levar a que o prestador de cuidados tenha de optar entre cuidar ou trabalhar fora de casa, levando em certas situações, a que tenha de renunciar ao emprego (Santos, 2008; Araújo, 2010; Monteiro, 2010). Porém, tendo em conta a idade, a própria escolaridade e o meio predominantemente rural onde os dados foram colhidos, compreende-se o predomínio da situação de "doméstica" e "reformada".

Face ao exposto depreendemos que o perfil sociodemográfico do prestador de cuidados orienta

para a necessidade de desenvolver terapêuticas de enfermagem, direcionadas para a promoção da mestria dos membros da família prestadores de cuidados, no exercício do seu papel, de forma a dar respostas adequadas às necessidades dos membros dependentes no autocuidado.

CONCLUSÃO

Com o aumento progressivo de pessoas incapazes de satisfazer as suas exigências de autocuidado e de viver autonomamente na comunidade, a par daquilo que têm sido as alterações nas políticas de cuidados de saúde, o cuidado prestado pela família assume particular importância. A situação em que a família é confrontada com a necessidade de cuidar de alguém dependente constitui uma transição, cuja mudança inerente se manifestará de forma mais intensa no elemento que assumir a responsabilidade de cuidar. Na realidade, *"as tarefas inerentes a esta transição não são distribuídas equitativamente por todos os elementos da família. Geralmente, esta responsabilidade recai sobre um dos seus elementos, aquele que denominamos por membro da família prestador de cuidados"* (Petronilho, 2007, p.48). O facto do desempenho do papel de cuidadores ter implicações na vida pessoal, familiar, laboral e social dos membros da família prestadores de cuidados, bem como da pessoa dependente, constitui um desafio para os enfermeiros, sendo necessário redirecionar os sistemas de fornecimento de cuidados de uma lógica hospitalocêntrica, para modelos centrados nas respostas humanas das pessoas e famílias aos processos de transição. Neste âmbito, e atendendo às projetadas tendências demográficas e às dificuldades com que se deparam as famílias prestadoras de cuidados, estudos como o nosso, revestem-se de particular importância na identificação do perfil dos prestadores de cuidados, podendo servir de base a estratégias de intervenção adaptadas às reais necessidades das famílias prestadoras de cuidados.

Neste contexto, desenvolver e aprofundar terapêuticas de enfermagem orientadas para ajudar a família e o membro da família prestador de cuidados no processo de transição para o exercício do papel de prestador de cuidados, poderá ser um elemento decisivo para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas envolvidas, assim como para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Importa salientar que o referido processo de transição é dinâmico, isto é, vão-se enfrentando mudanças nas necessidades das pessoas dependentes no autocuidado, constituindo-se novas exigências aos prestadores de cuidados. Neste âmbito, a reorganização dos cuidados de saúde tem que contemplar esta realidade, no sentido de minimizar os custos económicos que resultam da indevida assistência a esta população, pessoas dependentes e cuidadores. E nesta área há que assumir que o processo de monitorização e apoio destas situações é da competência dos enfermeiros. De facto, como refere Silva (2007), as necessidades das pessoas dependentes não estão relacionadas com o diagnóstico da doença já realizado ou com os tratamentos já instituídos, mas sim com o processo de transição saúde/doença que enfrentam, de onde emerge a necessidade de ajuda para integrar as recomendações emanadas pelos profissionais e para incorporar as mudanças que decorrem da transição que vivenciam. Por sua vez, os prestadores de cuidados precisam de orientação e apoio na assunção do novo papel. E este apoio não é eficaz se não for ajustado às suas reais necessidades, e adequado à sua faixa etária e ao seu nível de literacia. Esta resposta que deve ser assumida pelos profissionais de enfermagem poderá contribuir para estratégias de intervenção que melhorem a condição de saúde da pessoa dependente e minimizem o impacto que pode ter no prestador de cuidados. De facto, torna-se imperativo (re)pensar os modelos de intervenção em uso para uma prática de maior proximidade, centrada na ajuda profissional que os enfermeiros possam proporcionar às pessoas dependentes e famílias, *"para lidar com transições na saúde/doença, transições geradas pelo envelhecimento ou transições para o exercício do papel de prestador de cuidados"* (Silva in prefácio Petronilho, 2007, p.10).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Fernanda Maria - **O Cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal**. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 2009.

ANDRADE, Fernanda Maria – **Preparação dos Cuidadores Principais para Cuidar: Contributo dos Enfermeiros**. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra, n.º88, Janeiro, (2010), p.35-38.

ARAÚJO, Isabel Maria - **Cuidar da família com um idoso dependente: formação em Enfermagem**. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, ICBAS, 2010.

ARAÚJO, Odete – **Idosos Dependentes: Impacte Positivo do Cuidar na Perspectiva da Família**. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra, n.º89, Setembro, (2009), p.25-30.

CAMPOS, Maria Joana - **Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado: impacto da acção do enfermeiro no processo de transição**. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa do Porto, Instituto de Ciências da Saúde, 2008.

CAMPOS, Maria Joana *et al.* - **A família prestadora de cuidados: uma revisão da literatura**. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra, n.º89, Março, (2010), p.30-37.

DUQUE, Hernâni José - **O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros**. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa do Porto, Instituto de Ciências da Saúde, 2009.

FIGUEIREDO, Daniela - **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa: Climepsi, 2007.

GONÇALVES, Raquel Lima - **Famílias de idosos na quarta idade: dinâmicas familiares**. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, ICBAS, 2010.

GRELHA, Patrícia Alexandra - **Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário**. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, 2009.

IMAGINÁRIO, Cristina Maria - **O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal**. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos 2011: Resultados Provisórios**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Programa de acção para os censos 2011**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2010.

JOSÉ, José São; WALL, Karin - **Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2002.

LAGE, Maria Isabel - **Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador Informal**. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, ICBAS, 2007.

LOURO, Maria Clarisse - **A pessoa doente e dependente: do hospital ao domicílio**. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Coimbra, n.º21, Fevereiro, (2010), p.59-68.

MONTEIRO, Maria Clara - **Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar - O início da dependência**. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, ICBAS, 2010.

OLIVEIRA, Ana Lúcia - **Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações**. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2009.

PEREIRA, Ana Sofia - **Cuidadores familiares e idosos dependentes: perfil, motivos e satisfação com a vida**. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro – Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2008.

PETRONILHO, Fernando Alberto - **Preparação do regresso a casa**. Coimbra: Formasau, 2007.

PETRONILHO, Fernando Alberto - **A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam o membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura**. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra, n.º21, Fevereiro, (2010), p.43-58.

PINTO, Ana Filipa *et al*. - **Acolher em casa o utente dependente com afecção neurocirúrgica: vivência da família/ pessoa significativa**. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Coimbra, n.º21, Fevereiro, (2010), p.69-81.

RIBEIRO, Olga Maria - **Famílias com dependentes no autocuidado: um olhar sobre a pessoa dependente**. Porto: Universidade do Porto, ICBAS. Tese de Mestrado, 2011.

RICARTE, Luís Filipe - **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Ribeira Grande**. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, ICBAS, 2009.

SANTOS, Dina Isabel - **As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no concelho da Lourinhã**. Tese de Mestrado, Universidade Aberta de Lisboa, 2008.

SILVA, Abel Paiva - **Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina**. *Servir*. vol.55, n.º1-2, Janeiro-Abril, (2007), p.11-20.

A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DO AMBIENTE DA PRÁTICA DOS CUIDADOS EM QUATRO HOSPITAIS DA REGIÃO CENTRO*

* Artigo realizado no âmbito do Projeto PTDC/CS-SOC/113519/2009 "Resultados dos cuidados de enfermagem: Qualidade e efetividade" financiado pela FCT/MCTES (PIDAC) e co-financiado pelo FEDER através do COMPETE – POFC do QREN.

António Fernando Salgueiro Amaral [1]
Pedro Lopes Ferreira [2]
Telma Sofia dos Santos Vidinha [3]
Maria Lucília Silva Cardoso [3]

Resumo

O ambiente da prática dos cuidados tem sido referido na literatura internacional como uma variável que influência os resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken *et al*., 2002; Estabrooks *et al*., 2005). O objetivo deste estudo foi conhecer a perceção dos enfermeiros acerca do ambiente no qual desenvolvem os cuidados. Estudo transversal descritivo-correlacional. Os dados foram recolhidos nos meses de julho e agosto de 2012, através do *Practice Environment Scale of the Work Nursing Index*, validado para a população portuguesa (Amaral, Ferreira e Lake, 2012), e analisados com recurso ao SPSS versão 19.0. A amostra constituiu-se pelos enfermeiros de 26 serviços de medicina e cirurgia de 4 hospitais portugueses. Com exceção de um hospital, cujo ambiente foi considerado favorável, os restantes foram considerados mistos, com apenas três dimensões avaliadas positivamente. Os itens que reúnem maior concordância entre os enfermeiros são os que se relacionam com a dimensão respeitante aos fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, o que parece sugerir que estes estão satisfeitos com o trabalho que desenvolvem e com aquilo que diz respeito à sua área de autonomia. O que parece não os satisfazer relaciona-se com a possibilidade de participarem nas políticas hospitalares e com a adequação dos recursos humanos e materiais. Os gestores devem ter isto em consideração, pois a otimização do ambiente pode assegurar a qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Ambiente da prática dos cuidados; cuidados de enfermagem.

Abstract

Nurses' perception of practice environments in four hospitals of center region.

The nursing practice environment has been reported in the international literature as a variable that influences the outcomes of nursing care (Aiken et al., 2002; Estabrooks et al., 2005). The aim of this study was to explore the nurses` perceptions about the environment in which they develop care. This is a cross-sectional descriptive correlational study. Data were collected in July and August 2012, through the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, validated for the Portuguese population (Amaral, Ferreira and Lake, 2012), and analyzed using SPSS version 19.0. The sample is composed by all nurses of the 26 medical and surgery services from four Portuguese hospitals. With the exception of one hospital, whose environment was favorable, the rest were considered mixed, with only three dimensions positively evaluated. Items with greater agreement among nurses are those related with the dimension concerning nursing foundations for quality of care which seems to suggest that they are satisfied with the work they do and with their autonomy area. What seems not to satisfy them is related to the opportunity to participate in hospital affairs and the human and material resources adequacy. Managers should take this into consideration because the environment optimization can ensure the quality of care.

Keywords: *Care practice environment; nursing care.*

Rececionado em fevereiro 2013. Aceite em junho 2013.

[1] Professor-Coordenador. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
[2] Professor Associado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
[3] Bolseira de Investigação.

INTRODUÇÃO

A falta de enfermeiros é um problema a nível global e a evidência produzida tem revelado as suas repercussões indesejáveis, o que tem aumentado a preocupação com este facto. Apesar de em Portugal também se reconhecer a falta de enfermeiros ao nível das unidades de saúde, face a uma população cada vez mais idosa e com mais necessidade de cuidados de enfermagem, assiste-se ao fenómeno do desemprego entre os licenciados, o que os tem incitado a procurarem outras oportunidades no estrangeiro. As administrações, sob o argumento da necessidade de serem eficientes, têm reduzido sistematicamente o número de admissões de enfermeiros. Porém, esta política gera uma carga de trabalho superior para cada enfermeiro, o que a pode transformar numa política promotora de maus cuidados de saúde e colocar em causa todos os ganhos obtidos pelo Serviço Nacional de Saúde.

Por outro lado, a investigação que se tem produzido noutros países revela que melhores ratios enfermeiro/doente, mais formação dos enfermeiros e maior envolvimento dos enfermeiros na tomada de decisão e nas políticas hospitalares, conduzem a melhores níveis de produtividade e de satisfação, favorecendo, assim, os resultados dos cuidados de enfermagem e a organização (Aiken *et al*., 2002, 2008; Doran, 2003; ICN, 2007).

O ambiente da prática dos cuidados tem sido objeto de análise desde os anos 80 e tem vindo a ser referido como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem (patient outcomes), pelo que o estudo e a criação de ambientes favoráveis podem ser fundamentais para a otimização da qualidade dos cuidados. Assim, o objetivo do presente estudo foi conhecer a perceção dos enfermeiros de quatro hospitais portugueses acerca do ambiente em que desenvolvem os cuidados.

Este estudo foi feito no âmbito do projeto de investigação Resultados dos Cuidados de Enfermagem: Qualidade e Efetividade (FCT-PTPC/CS-SOC/113519/2009), inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A investigação tem demonstrado que os ambientes favoráveis da prática promovem uma maior satisfação nos profissionais, níveis de burnout mais baixos e um menor número de trabalhadores a quererem mudar de local de trabalho ou de profissão (Aiken *et al.*, 2002, 2008; Hayes *et al.*, 2006). Na área da saúde, melhores ambientes têm sido associados a melhores resultados dos cuidados de enfermagem nas pessoas (Aiken *et al.*, 2002: Estabrooks *et al.*, 2005), sobretudo ao nível da segurança, quedas, erros de medicação, úlceras de pressão e infeções nosocomiais (Upenieks, 2003). Friese *et al*. (2008) e Aiken *et al*. (2008) verificaram nos seus estudos que uma menor taxa de mortalidade nos doentes cirúrgicos tem sido associada a ambientes de prática favoráveis. Deste modo, a otimização do ambiente da prática pode ajudar a assegurar a qualidade dos cuidados, o que tem repercussões positivas ao nível da gestão das organizações e da efetividade dos cuidados de enfermagem (Aiken *et al*., 2002, 2008; Doran, 2003; ICN, 2007).

No entanto, o constructo ambiente favorável da prática de enfermagem é difícil de conceptualizar e mensurar (Lake e Friese, 2006). Hoffart e Woods (1996) definem-no como um sistema que suporta o controlo da prestação de cuidados e o ambiente no qual esses cuidados são desenvolvidos pelos enfermeiros. Zelauskas e Howes (1992) conceptualizam-no como um ambiente que atribui poder aos enfermeiros e lhes aumenta a capacidade de exercerem a sua autonomia e o controlo sobre o contexto da prestação de cuidados. Grindel *et al*. (1996) defendem que a relação entre o médico e o enfermeiro é fundamental para a sustentação desse ambiente. Uma outra definição, e que parece ser a mais consensual entre os autores, considera o ambiente da prática como um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constrangem a prática profissional de enfermagem (Lake, 2002). Essas características podem estar relacionadas com o tipo de relações que os enfermeiros estabelecem com os gestores e médicos, ou com o estatuto que têm dentro da hierarquia hospitalar (Friese *et al*., 2008).

Teoricamente, este conceito fundamenta-se na sociologia das organizações e no estudo das profissões e do trabalho. Em organizações complexas, como são os hospitais, os gestores confrontam-se com vários dilemas aquando a tomada de decisão, nomeadamente: como organizar os trabalhadores para estes serem capazes de trabalharem em grande escala (Weber, 1952) e respeitando o nível de autonomia de cada um (Gummer, 1996); e como garantir a organização de um trabalho que é intrinsecamente complexo e imprevisível (Scott *et al*. *apud* Lake, 2002). Para Flood (1994) é importante o controlo na tomada de decisão e a coordenação do esforço entre os trabalhadores quando se pretende organizar uma atividade em grande escala, pelo que o ambiente da prática em enfermagem pode refletir a abordagem que os gestores tendencialmente utilizam na resolução desses dilemas.

A organização pode centrar-se em dois modelos: o profissional, em que são valorizadas as competências e as qualificações individuais e a existência de sistemas de autorregulação dentro de cada uma das profissões (Flood e Scott, 1987, *apud* Lake, 2002); e o burocrático, em que a organização centrada na tarefa privilegia um controlo hierárquico e a utilização de regras formais (Lake, 2002).

A complexidade e imprevisibilidade associadas aos cuidados em saúde exigem uma atenção competente e profissional capaz de prevenir, monitorizar, controlar e retificar as várias ações (Strauss *et al*., 1985), pelo que o modelo profissional, que privilegia a presença de profissionais com um elevado grau de qualificações e que promove a tomada de decisão e o exercício da autonomia, é preferível ao modelo burocrático (Lake, 2002; Lake e Friese, 2002, 2006). Estas características permitem ações preventivas, de monitorização e de apoio adequado e eficiente no contexto de utentes frágeis. Um ambiente profissional suporta as funções dos enfermeiros ao mais alto nível clínico, permitindo trabalhar numa equipa interdisciplinar e mobilizar os recursos eficazmente. Assim, este ambiente contribui para a qualidade dos cuidados, promovendo resultados mais vantajosos (Friese *et al*., 2008).

O constructo sugerido por Lake (2002) de ambiente da prática de enfermagem favorável inclui a garantia do exercício da autonomia profissional, a existência de um número de enfermeiros adequado às necessidades dos utentes, uma governação partilhada com o envolvimento na tomada de decisão, uma boa relação entre os diferentes grupos profissionais (ex.: entre médicos e enfermeiros), a existência de programas de formação contínua, lideranças de enfermagem visíveis, uma gestão eficiente e a perceção do estatuto dos enfermeiros na hierarquia do hospital.

A mesma autora propôs um instrumento para avaliar o ambiente da prática dos cuidados denominado *Practice Environment Scale of the Work Nursing Index* (PES – NWI), em que um dos objetivos foi providenciar valores de referência obtidos a partir dos hospitais magnet em que o instrumento foi desenvolvido. Os hospitais magnet são instituições que apresentam um conjunto de atributos organizacionais comuns, incluindo a descentralização da tomada de decisão ao nível da enfermagem; uma liderança de enfermagem forte, efetiva e visível; o reconhecimento da autonomia, contributo e responsabilidade da enfermagem para a qualidade dos cuidados; e a adequação dos recursos humanos e flexibilidade dos horários (Lake, 2002). Para a mesma autora, estes são os atributos que definem um ambiente de prática favorável, o que permite aos investigadores avaliarem o contributo do ambiente para os enfermeiros e para o resultado dos seus cuidados, e aos gestores compararem os scores obtidos nos seus hospitais com os valores de referência, identificando os aspetos que necessitam de ser melhorados e avaliando a natureza e extensão das melhorias (*Idem*).

O PES-NWI é constituído por 31 itens que estão agrupados em cinco dimensões, que no seu conjunto caracterizam os ambientes da prática: Participação nas políticas do hospital; Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros; Adequação de recursos humanos e materiais; e Relação colegiais entre médicos e enfermeiros. O instrumento é preenchido por enfermeiros, que assinalam em cada item o seu nível de concordância numa escala de 1 (concordo completamente) a 4 (discordo completamente). Posteriormente ao preenchimento e recolha, as pontuações de cada item são invertidas de modo

a que o valor maior corresponda a um maior acordo. Lake (2002) propõe para análise dos dados a utilização das médias obtidas em cada resposta. Assim, o valor 2.5 corresponde ao ponto médio da escala. Esta opção foi justificada pelo facto do número de itens que compõem as subescalas não ser igual, o que tornaria as comparações mais complexas. Mais tarde, Lake e Frise (2006) também criaram uma forma de classificar os ambientes hospitalares através do número de subescalas que são classificadas positivamente pelos enfermeiros: com uma ou nenhuma subescala avaliada favoravelmente (>2.5), o ambiente é considerado desfavorável; com duas ou três subescalas classificadas favoravelmente, o ambiente é considerado misto; e com quatro ou cinco subescalas, o ambiente é classificado como favorável.

Este instrumento tem sido o mais referenciado internacionalmente para avaliar os ambientes da prática de enfermagem e o mais recomendado por um conjunto de organizações internacionais ligadas à avaliação da qualidade, tais como: o *National Quality Forum* (2004), que o recomenda como medida de estrutura para a avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem; e *o Joint Comission For Accreditation of Hospitals*, que o inclui como um indicador para a efetividade dos cuidados de enfermagem nos padrões de acreditação (Joint Comission, 2009). Havens *et al*. (2011) realizaram uma revisão sistemática da literatura, tendo feito pesquisas em bases de dados eletrónicas de artigos publicados entre 2002 e 2010, e constataram um aumento do uso da escala ao longo do tempo, em diferentes ambientes da prática de enfermagem e em diferentes países (Estados Unidos, Austrália, Canadá, Islândia e Taiwan).

Metodologia

Estudo transversal descritivo-correlacional. Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS versão 19.0. O instrumento utilizado para a recolha dos dados foi o PES-NWI, versão portuguesa (Amaral, Ferreira e Lake, 2012).

Foi solicitada a autorização para a realização do estudo aos conselhos de administração dos hospitais participantes que, após parecer positivo das respetivas comissões de ética, a concederam.

A amostra é não probabilística por conveniência e é constituída por todos os enfermeiros que trabalham nos 26 serviços dos 4 hospitais para doentes agudos da região centro de Portugal (medicinas e cirurgias), com exceção dos enfermeiros chefes.

O período da recolha dos dados foi de julho a agosto de 2012.

RESULTADOS

O número de questionários PES-NWI utilizados para análise foi de 365, registando-se uma taxa de resposta de 66.19%. 55.5% dos questionários foram recolhidos nos serviços de medicina e 44.5% nos serviços de cirurgia. A média de idades é de 35 anos (desvio padrão de 8). No que se refere às habilitações literárias, 80.2% dos enfermeiros têm a licenciatura e 14.8% têm pós-licenciatura. 16.7% dos enfermeiros são especialistas, sendo que destes, 37.7% são especializados em enfermagem médico-cirúrgica e 34.4% em enfermagem de reabilitação. A média do tempo de exercício da profissão é de 12 anos (desvio padrão de 7) e, em média, os enfermeiros trabalham no serviço há 8 anos (desvio padrão de 6).

A média global de concordância dos enfermeiros com o ambiente da prática dos cuidados foi de 2.57, o que significa que o ambiente da prática, no geral, é favorável. Em todos os hospitais registou-se uma média positiva relativamente à apreciação do ambiente da prática no geral, como se pode verificar na Tabela 1, sendo que o Hospital D foi o que apresentou uma média superior e o Hospital B uma média inferior. Ao analisar a Tabela 2, verifica-se que a dimensão Qualidade dos cuidados é a que apresenta uma média de concordância superior (média=2.94) e a Participação nas políticas do hospital a que apresenta uma média de concordância inferior (média=2.22).

Tabela 1 – *Média de concordância dos enfermeiros com o ambiente da prática por hospital*

Hospital	Média
Hospital A	2.5549
Hospital B	2.5297
Hospitais C	2.5598
Hospital D	2.6244

Tabela 2 – *Média de concordância dos enfermeiros com o ambiente da prática por dimensão*

Dimensão	Média
Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros	2.61
Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados	2.94
Participação nas políticas do hospital	2.22
Relação colegial entre médicos e enfermeiros	2.66
Adequação dos recursos humanos e materiais	2.28

Todos os hospitais registaram uma média de concordância negativa relativamente à dimensão Participação nas políticas do hospital, sendo que o hospital que apresentou a média mais baixa foi o Hospital B, com 2.1953. Com exceção do Hospital D, com uma média de 2.5435, todos apresentaram uma média de concordância negativa no que diz respeito à dimensão Adequação dos recursos humanos e materiais, sendo que os enfermeiros que apresentam uma maior discordância são os do Hospital A, com uma média de 2.1222. Todos registaram uma média de concordância positiva na dimensão Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, sendo que os enfermeiros do Hospital A são os que se apresentam maior concordância com uma média de 3.0081. Relativamente à dimensão Relação colegial entre médicos e enfermeiros, todos os hospitais registaram uma média de concordância positiva, sendo que o hospital que apresenta melhores relações entre os profissionais na perspetiva dos enfermeiros é o Hospital C com uma média de 2.7208. No que diz respeito à dimensão Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros, todos os hospitais apresentam uma média de concordância positiva, sendo o Hospital D o que apresenta uma melhor média com 2.7304.

Tabela 3 – *Média de concordância dos enfermeiros de cada hospital com o ambiente da prática por dimensão*

Dimensão	A	B	C	D
Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados	3.0081	2.8917	2.9155	2.9769
Participação nas políticas do hospital	2.2105	2.1953	2.2563	2.2222
Relação colegial entre médicos e enfermeiros	2.6484	2.6667	2.7208	2.6123
Adequação dos recursos humanos e materiais	2.1222	2.2419	2.2237	2.5435
Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros	2.5976	2.5186	2.5879	2.7304

Ao analisarmos a Tabela 3, e considerando a classificação do ambiente hospitalar proposta por Lake (2006), verificamos que todos os ambientes são mistos, por apresentarem apenas três subescalas com média positiva, com exceção do Hospital D que tem um ambiente favorável por apresentar quatro subescalas com média positiva.

Através da aplicação do teste *One Way Anova* verificou-se que existem diferenças significativas na média da dimensão Adequação dos recursos humanos e materiais entre o Hospital D e o Hospital A; entre o Hospital D e o Hospital C; e entre o Hospital D e o Hospital B. Existem também diferenças significativas na média da dimensão Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros entre o Hospital D e o Hospital B.

DISCUSSÃO

Num estudo realizado por Lake e Frise (2006), cujo objetivo foi avaliar e comparar os ambientes da prática dos cuidados de enfermagem de 156 hospitais da Pensilvânia (*magnet* e *não magnet*), verificou-se que os enfermeiros dos hospitais *magnet* concordaram que as características fundamentais para garantir a favorabilidade dos ambientes da prática estavam presentes (2.99), ao contrário dos enfermeiros dos hospitais não *magnet* que se apresentaram neutros (2.48) e dos enfermeiros do nosso estudo, em que nenhum dos hospitais apresentou todas as dimensões avaliadas positivamente. Relativamente aos hospitais *não*

magnet do referido estudo, os enfermeiros concordaram com duas subescalas do PES-NWI – Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados e Relações colegiais entre os médicos e enfermeiros; e discordaram com três subescalas – Participação dos enfermeiros nas políticas do hospital; Capacidade de gestão, liderança e apoio dos enfermeiros; e Adequação dos recursos humanos e materiais. Num outro estudo, realizado por Friese *et al*. (2008), com enfermeiros e doentes de 164 hospitais da Pensilvânia, cujo objetivo era avaliar o efeito do ambiente da prática nos resultados dos cuidados à pessoa com cancro submetida a cirurgia, tendo para o efeito utilizado a PES-NWI, verificou-se que 12 hospitais apresentaram um ambiente desfavorável, 118 um ambiente misto e 34 um ambiente favorável. Relativamente às subescalas do PES-NWI, os enfermeiros revelaram um nível de concordância superior a 2.5 nas dimensões Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados e Relações colegiais entre os médicos e enfermeiros; e um nível de discordância com a Participação nas políticas do hospital, com a Capacidade de gestão, liderança e apoio dos enfermeiros e com a Adequação dos recursos humanos e materiais.

Os resultados destes dois estudos são semelhantes aos do nosso, uma vez que a dimensão Qualidade dos cuidados de enfermagem também foi avaliada favoravelmente e as dimensões Participação nas políticas do hospital e Adequação dos recursos avaliadas negativamente. Os resultados sugerem que os ambientes de prática de enfermagem em Portugal diferem dos ambientes dos hospitais não magnet apenas no que respeita à dimensão Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros, uma vez que esta foi avaliada favoravelmente em todos os hospitais portugueses.

Conclusão

O ambiente da prática é constituído por um conjunto de características organizacionais e a sua medição através do PES-NWI permitiu verificar que os enfermeiros, no geral, se apresentam satisfeitos com o ambiente em que exercem os cuidados. Contudo, apenas um hospital registou um ambiente favorável, o que indica a necessidade de mudança e melhorias. O que parece reunir maior concordância entre os enfermeiros é a dimensão Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, o que sugere que eles se encontram satisfeitos com o trabalho que desenvolvem e com aquilo que diz respeito à sua área de autonomia. O que parece não satisfazê-los é a participação nas políticas do hospital e a adequação dos recursos humanos e materiais, aspeto que deve ser considerado sobretudo pelas administrações e gestores.

Sabendo que o ambiente da prática pode influenciar os resultados obtidos nos utentes, os gestores devem agir no sentido da otimização do ambiente para assegurar a qualidade dos cuidados, o que terá certamente repercussões positivas ao nível da gestão das organizações e da efetividade dos cuidados de enfermagem.

Apesar dos resultados serem concordantes entre os hospitais, sugerem-se estudos que incluam enfermeiros de outros hospitais portugueses e que a amostra seja mais representativa da população. Sugere-se também a promoção de projetos longitudinais que utilizem o PES-NWI para verificarem as mudanças ao longo do tempo; estudos que permitam estabelecer relações causais entre o ambiente da prática e os resultados obtidos nos utentes; e a utilização de métodos de pontuação estandardizados e consistentes para facilitar a comparação significativa dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J.and Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing andpatient mortality, nurse burnout, and jobdissatisfaction. Journal of American Medical Association 288, pp 1987-1993.

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Lake, E. and Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. Journal of Nursing Administration 38 (5), pp 223-229.

Amaral, António Fernando; Ferreira, Pedro Lopes, Lake, Eileen (2012).Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. International Journal of Caring Sciences, 5(3), 280-8.

Doran, D. M. (2003). Nursing Sensitive outcomes: State of the science. Jones and Bartlet Publishers, London.

Estabrooks, C.A, Midodzi, W.K., Cummings, GG., Ricker, K.L., Giovannetti, P. (2005). Determining the impact of hospital nursing characterization 30 day mortality among pa-

tients in Alberta acute care hospitals. Nursing research, 54(2), 74-84.

Friese C., Lake E., Aiken L., Silber J., Sochalski J. (2008). Hospital nurse practice environment and outcomes for surgical oncology patients. Health Service Research 43(4), 1145–1163.

Grindel, C. G., Peterson, K., Kinneman, M., Turner, T. L. (1996). The Practice Environment Project: A process for outcome evaluation. Journal of Nursing Administration, 26(5), 43-51.

Gummer, B. (1996). Authority, control andprofessionalism in the post-industrial age. Administration in Social Work 20(2), 79–95.

Hayes, L., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F. (2006). Nurse turnover: A literature review. International Journal of Nursing Studies, 43(2), 237-263.

Havens, D., Warshawsky, Nora E. (2011). Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Nursing Research, 60 (1), 1731.

Hoffart, N., Woods, C. Q. (1996). Elements of a nursing professional practice model. Journal of Professional Nursing, 12, 354-364.

ICN - International Council of Nurses. (2007). Positive Practice environments: Quality workplaces = quality care. In A. Bauman (Ed.) Information and action toolkit. Geneva, Switzerland.

Lake, Eileen T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Research in Nursing & Health, 25, 176-188.

Lake E.; Friese C. (2006). Variations in nursing practice environments: Relations to staffing and hospital characteristics. Nursing Research 55(1), 1–9.

National Quality Forum. (2004). Current NQF – endorsed measures. Retirado a 15 de abril, 2011, de www.qualityforum.org.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., Wiener, C. (1985). Social organization of medical work. Chicago: The University of Chicago Press.

The Joint Comission. (2009). *Current staffing effectiveness standard PI.04.01.01*. Retirado a 15 de abril, 2010, de www.jointcomission.org.

Upenieks, V. (2003). Recruitment and retention strategies: a magnet hospital prevention model. Nursing Economics. 21, 7–13.

Weber, M. (1952). The essentials of bureaucratic organization: An ideal-type construction. In R. Merton, A. Gray, B. Hockey, & H. Selvin (Eds.), Reader in bureaucracy (19–27). Glencoe, IL: The Free Press.

Zelauskas, B.; Howes, D. G. (1992). The effects ofimplementing a professional practice model. Journalof Nursing Administration, 22(7/8), 18-23.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

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

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

Devem estruturar-se da seguinte forma:

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

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

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

Desenvolvimento da temática

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

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

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

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

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

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

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

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

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

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

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

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

1 - Ter participado na concepção e realização do trabalho do qual resultou o artigo em questão.

2 - Ter participado na redacção do texto e nas eventuais revisões do mesmo.

3 - Estar de acordo com a versão que finalmente vai ser publicada.

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

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

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

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: www.sinaisvitais.pt/rie.php

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

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

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

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

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

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

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

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

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

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

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

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